Nederlandse Zorgautoriteit

Marktscan en Beleidsbrief

Forensische zorg in strafrechtelijk kader 2013

Weergave van de markt 2009-2012

september 2013

Inhoud

Vooraf

Voor de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zijn marktscans een middel om zorgmarkten te maken (reguleren) en te bewaken (toezicht). Door de stand van zaken op een bepaalde markt regelmatig in beeld te brengen, kan de NZa op een gestructureerde manier invulling geven aan het markttoezicht en haar reguleringstaken. In deze marktscan geeft de NZa de stand van zaken weer over de markt voor forensische zorg in strafrechtelijk kader.

Voor deze marktscan heeft de NZa gegevens verzameld en geanalyseerd. Ten opzichte van de voorgaande marktscan forensische zorg in strafrechtelijk kader[1] (uitgebracht in 2012) is deze marktscan doorontwikkeld en verder uitgebreid door aanvullende data en verbeterde databewerking. De analyses zijn zoveel mogelijk weergegeven in figuren en tabellen met daarbij een feitelijke toelichting. De analyses hebben betrekking op de marktstructuur en marktgedrag en het effect daarvan op de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Een marktscan bevat geen interpretaties van de uitkomsten. Daarvoor is de beleidsbrief bij de marktscan forensische zorg in strafrechtelijk kader opgesteld. In de beleidsbrief geeft de NZa een interpretatie van de belangrijkste uitkomsten van deze marktscan en de acties die hieruit voortvloeien.

De NZa bedankt iedereen die een bijdrage heeft geleverd aan de totstandkoming van deze marktscan.

De Nederlandse Zorgautoriteit,

mr. drs. T.W. Langejan
voorzitter Raad van Bestuur

[1] NZa (2012) Marktscan Forensische Zorg met strafrechtelijke titel.

Managementsamenvatting

Forensische Zorg in strafrechtelijk kader

Forensische zorg in strafrechtelijk kader (FZ) is geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en verstandelijk gehandicaptenzorg die onderdeel is van een (voorwaardelijke) straf of maatregel, of de tenuitvoerlegging daarvan, dan wel een andere strafrechtelijke titel. FZ wordt aangeboden in de vorm van klinische zorg (intramuraal), ambulante zorg of beschermd wonen en betreft behandeling, begeleiding of ondersteuning.

De FZ heeft enkele specifieke kenmerken die afwijken van reguliere zorg:
- De strafrechtelijke titel onderscheidt de forensische zorg in strafrechtelijk kader (FZ) van de forensische zorg in de curatieve Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) en verstandelijk gehandicaptenzorg (VG).
- De zorg wordt ingekocht door één inkoper, de Directie Forensische Zorg (DForZo) van het ministerie van Veiligheid en Justitie (VenJ).
- In de FZ is er sprake van specifieke modules gericht op analyse en behandeling van delictgedrag. Daarnaast wordt binnen de FZ periodiek middels gestandaardiseerde methoden het recidiverisico vastgesteld.
- Het grote verschil zit in de beveiligde omstandigheden waaronder de behandeling wordt geboden en de focus van de behandeling op het tegengaan van recidive.

De FZ kent 21 strafrechtelijke titels en één voorgenomen indicatiestelling van de reclassering. Deze laatste kan onder bepaalde voorwaarden benut worden om een verdachte zorg te bieden voordat er sprake is van één van de strafrechtelijke titels. De overige straftitels zijn onder te verdelen in drie categorieën: TBS, zorg als voorwaarde en zorg aan gedetineerden. TBS is een maatregel die de rechter oplegt aan mensen die ernstige delicten hebben gepleegd en lijden aan een psychiatrische ziekte of stoornis. Zorg als voorwaarde houdt in dat een voorwaardelijke straf wordt opgelegd, waarbij de voorwaarde is dat de veroordeelde bepaalde zorg ondergaat. Zorg aan gedetineerden is bedoeld voor gedetineerden die vanuit psychiatrische problematiek of verstandelijke beperking verminderd weerbaar zijn en niet op een reguliere afdeling kunnen worden geplaatst.

Voor deze marktscan is de markt van FZ ingedeeld in tien verschillende segmenten:
- Forensische Psychiatrische Centra (FPC) ten behoeve van TBS-gestelden
- Zorg aan gedetineerden in Penitentiair Psychiatrische Centra ten behoeve van gedetineerden (PPC's)
- GGZ-begeleiding (t.b.v. GGZ-cliënten)
- GGZ ambulante behandeling (t.b.v. GGZ-cliënten)
- GGZ-behandeling beveiligingsniveau 1 (t.b.v. GGZ-cliënten)
- GGZ-behandeling beveiligingsniveau 2 (t.b.v. GGZ-cliënten)
- GGZ-behandeling beveiligingsniveau 3 (t.b.v. GGZ-cliënten)
- VG-begeleiding (t.b.v. verstandelijk gehandicapten)
- VG ambulante behandeling (t.b.v. verstandelijk gehandicapten)
- VG-behandeling beveiligingsniveau 2 (t.b.v. verstandelijk gehandicapten)

Zorginkoop

Het Ministerie van Veiligheid en Justitie (VenJ) is verantwoordelijk voor de inkoop van FZ. Deze verantwoordelijkheid is belegd bij de Directie Forensische Zorg (DForZo) van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI). DForZo bekijkt hoeveel FZ nodig is, van welk type en welke instellingen die zorg kunnen leveren, koopt de benodigde zorg in en bewaakt de kwaliteit.

Voor de zorginkoop heeft DForZo enkele kwaliteits- en verantwoordingscriteria opgesteld om als zorgaanbieder in aanmerking te komen voor een bepaald basisbudget. Deze criteria gaan in op:

- Recidivevermindering
- Ketensamenwerking tijdens de strafrechtelijke titel en continuïteit van zorg, voorafgaand, tijdens en na afloop van de strafrechtelijke titel
- Uitkomsten van zorg (prestatie-indicatoren Zichtbare Zorg en Routine Outcome Monitoring)
- Kwaliteitsbeleid

Daarnaast zijn aanvullende criteria opgesteld om in aanmerking te komen voor groei van het budget ten opzichte van het jaar daarvoor.

Bij de inkoop van FZ in 2012 werd van vijf verschillende soorten contracten gebruik gemaakt:

- Regulier contract
- Lichte variant
- Declaratieovereenkomst
- Aanbesteding Justitiële Verslavingszorg (JVZ)
- Aanbesteding Forensische Zorg aan Gedetineerden (FZG) ten behoeve van uitbreiding tijdelijke capaciteit

In de verschillende contracten zijn bepalingen opgenomen die onder meer ingaan op de kwaliteit en veiligheid, registratie en informatieverschaffing, declaratie en betaling, verantwoording en controle.

De contracten verschillen voornamelijk in de hoogte van de omzet, de looptijd van het contract en de geldende bepalingen. Zo gaat het reguliere contract in op alle bovengenoemde bepalingen zonder omzetbeperkingen. De lichte variant is voor zorgaanbieders waarbij de jaarproductie van FZ in een strafrechtelijk kader de € 500.000,– niet te boven gaat. Een declaratieovereenkomst is van toepassing wanneer op voorhand geen concrete productieafspraak is gemaakt en er maximaal € 100.000,– op jaarbasis wordt gedeclareerd. Bij een declaratieovereenkomst worden voor verschillende bepalingen geen of minimale vereisten gesteld (ten opzichte van een regulier contract of lichte variant).

Een aanbestedingscontract of tender, is met een beperkt aantal zorgaanbieders afgesloten. Het gaat om tijdelijke capaciteit (intramuraal of ambulant) welke middels een separate geldstroom gefinancierd word en waarvoor separaat verantwoording dient te worden afgelegd binnen VenJ. Feitelijk zijn tenders en aanbestedingen meerjarenovereenkomsten (4 of 8 jaar) en zegt daarbij de term aanbesteding of tender iets over de wijze waarop de afspraken tot stand komen. De bepalingen in de aanbestedingscontracten zijn redelijk vergelijkbaar met elkaar. Vooral bepalingen die ingaan op kwaliteit, veiligheid, declaratie en betaling zijn minimaal.

Betaalbaarheid

Omvang zorgaanbieders
In deze marktscan zijn de zorgaanbieders in vier budgetklassen ingedeeld om inzicht te geven in de omvang op de markt. Het merendeel van de aanbieders, heeft een budget in de laagste budgetklasse, dat ligt onder de half miljoen euro. De aanbieders in de grootste budgetklasse (€ 5 miljoen en meer) betreffen voor een groot deel FPC's. De grootste groei is te zien bij aanbieders met een budget onder de € 1 miljoen.

Omzet- en volumeontwikkeling
De realisatie van het budget in de FZ heeft zich ontwikkeld van € 494,05 miljoen in 2009 naar € 643,31 miljoen in 2012. Deze groei wordt mede veroorzaakt door:
- de realisatie van de aanbestedingen
- de uitbreiding van capaciteit voor Sterk Gedragsgestoorde en Licht Verstandelijk Gehandicapte justitiabelen (SGLVG+)
- de uitbreiding door groeimogelijkheden via inkoopafspraken (met name ambulant)

Niet in alle segmenten is de groei even groot. In de segmenten GGZ-begeleiding en VG-begeleiding is de groei het grootst terwijl de realisatie nagenoeg gelijk is gebleven voor GGZ-behandeling op beveiligingsniveau 1 en voor FPC's.

De ontwikkeling van het volume (gerealiseerd aantal dagen) laat voor de meeste segmenten een stijgende lijn zien, behalve voor GGZ-behandeling op beveiligingsniveau 1 waar een dalende trend is te zien. Volumegegevens voor de segmenten FPC en zorg aan gedetineerden in PPC's zijn niet beschikbaar.

Ingekochte capaciteit en bezettingsgraad
Het aantal ingekochte bedden is voor de meeste segmenten in de periode 2009-2012 toegenomen. De toename varieert sterk. VG-begeleiding kende een verzesvoudiging van 2009 tot 2012 terwijl GGZ-behandeling op beveiligingsniveau 2 'slechts' 45% toenam. Voor FPC's (excl. reservecapaciteit) en voor GGZ-behandeling op beveiligingsniveau 1 is het aantal bedden gedaald met respectievelijk 5% en 20%. De bezettingsgraad (de ratio tussen afgesproken capaciteit en geleverde zorg) schommelt in elk segment; in 2012 tussen de 68% en 100%. In het segment VG-begeleiding is een opvallende daling te zien van 100% in 2010 naar 79,1% in 2011 en 68,5% in 2012.

Invoering prestatiebekostiging
De bekostiging van de FZ zit per 2011 in een overgangstraject van functiegerichte bekostiging naar volledige prestatiebekostiging per 2016. Sinds 2011 is het mogelijk om, naast afspraken in budgetparameters, inkoopafspraken te maken in 'Diagnose Behandeling Beveiliging Combinaties' (DBBC's), Zorgzwaarteprodukten (ZZP's) en Extramurale (AWBZ) zorgparameters.

DForZo koopt FZ in op basis van DBBC's, ZZP's, extramurale AWBZ-parameters en budgetparameters. Financiering (registratie, validatie en facturatie) vindt plaats op basis van DBBC's, ZZP's en extramurale (AWBZ) zorgparameters. De bekostiging (verantwoording en afrekening) vindt nog plaats op basis van budgetparameters.

Kwaliteit

De kwaliteit van FZ wordt op verschillend manieren geborgd. Zo koopt DForZo alleen FZ in die voldoet aan de Kwaliteitswet Zorginstellingen. Dit betekent dat alle gecontracteerde FZ-aanbieders een WTZi-erkenning hebben waarop de Kwaliteitswet Zorginstellingen en/of de Wet BIG van toepassing is en bovendien beschikken over een HKZ of ISO 9001 kwaliteitskeurmerk. Daarnaast wordt de sector door het meerjarenprogramma Kwaliteit Forensische zorg (KFZ) gestimuleerd om de kwaliteit van de FZ verder te ontwikkelen en zichtbaar te maken. Ook wordt gewerkt aan de ontwikkeling en vulling van prestatie-indicatoren, specifiek voor de FZ.

Het toezicht op de kwaliteit van FZ is verdeeld over twee partijen: de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en de Inspectie Veiligheid en Justitie (VenJ). De IGZ houdt toezicht op de individuele kwaliteit van zorgaanbieders en legt corrigerende maatregelen op als risico's op niet-verantwoorde zorg (te) hoog zijn en de situatie niet langer kan voortbestaan. De IvenJ ziet in de eerste plaats toe op de uitvoering van de taken op het gebied van Veiligheid en Justitie. Voor de FZ betekent dit concreet het toezicht op de kwaliteit van de component beveiliging die in combinatie met behandeling als FZ wordt aangeboden.

Voor de meeste segmenten worden klachten niet centraal geregistreerd of wordt over klachten veelal op (GGZ-) concernniveau verantwoord waardoor ze voor louter de FZ niet inzichtelijk zijn. Alleen voor de FPC's vindt een structurele registratie van klachten plaats. Van 2009 tot 2012 is het totaal aantal ingediende klachten over FPC's gedaald van 157 naar 147. Het % gegrond verklaarde klachten is licht gestegen van 9,21% naar 9,32%. Opvallend is dat het aantal ingediende en gegrond verklaarde klachten voor FPC's in 2010 en 2011 telkens is gedaald, gelijk met een afname van het gemiddelde aantal cliënten (van 1.704 naar 1.643), maar voor 2012 de klachten weer flink zijn toegenomen (van 124 naar 147) terwijl het gemiddelde aantal cliënten nog steeds afnam (naar 1.577).

Toegankelijkheid

Aantal FZ-aanbieders en concentratie

Het totaal aantal aanbieders dat FZ levert is gegroeid van 79 in 2009 tot 115 in 2012. Het segment GGZ-begeleiding kent de meeste groei: van 61 naar 99. Daarnaast laat ook het segment VG-begeleiding een groei zien: van 8 naar 20. In veel andere segmenten is het aantal aanbieders in de afgelopen jaren vrijwel stabiel gebleven of licht gedaald. Het aantal aanbieders dat, naast afspraken in budgetparameters, ook afspraken heeft gemaakt in DBBC's, ZZP's of extramurale (AWBZ) zorgparameters, is voor alle drie de prestatietypen in 2012 tussen de 13% en 23% gestegen ten opzichte van 2011.

Het aantal instellingen dat in 2012 op de markt van FZ toetrad is 24. Er zijn ook diverse instellingen die hun aanbod hebben uitgebreid naar nieuwe segmenten binnen deze markt. Daarnaast hebben drie zorgaanbieders de markt van FZ verlaten.

Van de tien onderscheiden marktsegmenten is de concentratiegraad alleen bekend voor de drie marktsegmenten waarvoor de markt landelijk is:

- FPC's: Het gezamenlijke marktaandeel van de vier grootste aanbieders is 50% en sinds 2009 stabiel. De andere 50% is verdeeld onder de overige negen aanbieders binnen dit segment.
- GGZ-behandeling (beveiligingsniveau 3): Het marktaandeel van de vier grootste aanbieders neemt af van ongeveer 85% in 2009 naar 70% in 2012. In dit segment daalde de concentratie waardoor is er geen sprake meer is van een sterk geconcentreerde markt.
- Zorg aan gedetineerden in PPC's: In dit segment is er geen sprake van concurrentie. Er is één aanbieder (Gevangeniswezen). De GGZ-zorgaanbieders die vanaf 2010 zorg in de PPC's leveren, zijn geen concurrenten van het Gevangeniswezen omdat ze dit slechts voor een tijdelijke periode doen op basis van een aanbesteding met als doel kennisoverdracht en kwaliteitsverbetering.

Voor de andere marksegmenten is er sprake van een lokale markt waarvoor de benodigde gegevens ontbreken om de concentratiegraad op lokaal niveau te kunnen berekenen.

Continuïteit van zorg
De solvabiliteit, liquiditeit en het eigen vermogen geven een beeld van de financiële positie van FZ-aanbieders. De financiële positie ten aanzien van alle drie deze indicatoren is gemiddeld genomen sinds 2009 verbeterd. De meeste aanbieders die (ook) in de FZ-markt actief zijn hebben echter een geringe omzet binnen de FZ ten opzichte van de omzet binnen de curatieve of langdurige GGZ. Hierdoor wordt hun financiële positie beperkt beïnvloed door activiteiten in de FZ en moet de financiële positie vooral worden gezien als informatie over de rechtspersonen.

Voor cliënten die nog zorg nodig hebben nadat de strafrechtelijke titel hiervoor vervalt, is een goede toegankelijkheid van GGZ na afloop van de FZ van belang. Dit wordt bepaald door verschillende elementen: voldoende capaciteit binnen de GGZ, de mogelijkheid om terug te keren naar de FZ en verplichte GGZ. Om verplichte GGZ voor zowel een opname als voor een ambulant traject binnen de GGZ mogelijk te maken, is de Wet verplichte Geestelijke Gezondheidszorg (WvGGZ) in voorbereiding. Met de mogelijkheid om delinquenten met een ernstig psychiatrische stoornis door te verwijzen naar de reguliere GGZ wordt de toegankelijkheid van GGZ na afloop van de FZ vergroot. Dit komt de continuïteit van zorg voor dergelijke cliënten, ook buiten de FZ, ten goede.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

De NZa heeft de opdracht goed werkende zorgmarkten te maken (reguleren) en te bewaken (toezicht). Om op een gestructureerde manier invulling te geven aan deze opdracht, maakt de NZa onder meer gebruik van marktscans. Aan de hand van diverse indicatoren schetst de NZa een globaal beeld van de stand van zaken op een bepaalde markt of een gedeelte van de markt. Deze indicatoren betreffen de marktstructuur en het marktgedrag. Ook wordt in een marktscan een overzicht weergegeven van de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.

Focus
Forensische zorg in strafrechtelijk kader heeft veel overeenkomsten met de reguliere GGZ en verslavingszorg en met een deel van de zorg voor verstandelijk gehandicapten. De behandelmethoden zijn deels vergelijkbaar, echter in de forensische zorg in strafrechtelijk kader is er ook sprake van specifieke modules gericht op analyse en behandeling van delictgedrag. Daarnaast wordt periodiek middels gestandaardiseerde methoden het recidiverisico vastgesteld. Het grote verschil zit in de beveiligde omstandigheden waaronder de behandeling wordt geboden en de focus van de behandeling op het tegengaan van recidive. Het therapeutisch klimaat en de beveiligde setting zijn typische kenmerken van forensische zorg[2]. Voorliggende marktscan is gericht op forensische zorg in strafrechtelijk kader. De strafrechtelijke titel onderscheidt deze zorg van de forensische zorg in de curatieve Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) en verstandelijk gehandicaptenzorg. In hoofdstuk 2 wordt verder ingegaan op de afbakening van forensische zorg in strafrechtelijk kader.

1.2 Totstandkoming marktscan

Om te komen tot een marktscan, maakt de NZa bepaalde keuzen: welke productgroepen zij samen neemt in een scan, welke geografische gebieden zij bekijkt, welke informatie zij over die markten nodig heeft en waar en hoe zij die informatie gaat verzamelen. Op basis van deze keuzen is het vervolgens mogelijk om een beeld van een markt te schetsen.

Een marktscan levert een globaal beeld op van de situatie in een markt op dat moment. Dit betekent dat indien een markt niet naar wens werkt, nader onderzoek zal moeten worden verricht om te bepalen welke maatregelen nodig zijn.

Een marktscan beperkt zich tot het weergeven van feiten. In de begeleidende beleidsbrief bij de marktscan geeft de NZa aan wat de geconstateerde ontwikkelingen betekenen voor het beleid van de NZa.

Voor deze marktscan heeft de NZa meerdere bronnen gebruikt. Een overzicht is opgenomen in bijlage 2.

[2] VenJ, 2013. Meerjarenovereenkomst FZ 2013-2017.

1.3 Vergelijkbaarheid van gegevens

Deze marktscan is met veel zorg samengesteld. Er is een aantal aandachtspunten waar bij het interpreteren van de data rekening mee gehouden moet worden.

1.3.1 Vergelijkbaarheid met vorige marktscan

Een marktscan wordt periodiek (in veel gevallen jaarlijks) uitgevoerd. In juni 2012 is de eerste marktscan (en bijbehorende beleidsbrief) voor forensische zorg in strafrechtelijk kader uitgebracht. Voorliggende marktscan is een vervolg hierop en heeft betrekking op de jaren 2009-2012. Deze marktscan is doorontwikkeld en verder uitgebreid. Door aanvullende (geactualiseerde) data en verbeterde databewerking zijn er verschillen tussen beide marktscans zichtbaar. Daarnaast is gebruik gemaakt van een andere segmentatie voor toekomstige vergelijkingsdoeleinden. De segmenten zijn gebaseerd op de nieuwe bekostigingssystematiek, welke in 2013 is ingevoerd. Voor verwerking van data voor de huidige marktscan geldt dat voor de nieuwe systematiek in de afgelopen jaren schaduw is gedraaid. Dat betekent dat in de jaren 2011 en 2012 de DBBC's (Diagnose Behandel en Beveiliging Combinaties), ZZP's (Zorgzwaartepakketten) en extramurale AWBZ parameters gebruikt werden om te 'oefenen'.
Voor 2009 t/m 2012 zijn de meeste gegevens enkel in budgetparameters beschikbaar. De analyses zijn daarom grotendeels op budgetparameters gebaseerd.

1.3.2 Vergelijkbaarheid Forensische Zorg in getal

Bij het opstellen van deze marktscan heeft continue afstemming met Directie Forensische Zorg (verder DForZo), onderdeel van het ministerie van Veiligheid en Justitie (verder VenJ) plaatsgevonden. Voor de interpretatie van de gegevens moet rekening gehouden worden met het feit dat de NZa een andere segmentering hanteert dan DForZo, waardoor gegevens uit de publicatie Forensische Zorg in getal 2008-2012[3], niet op alle punten overeenkomen met gegevens die opgenomen zijn in deze marktscan. De gebruikte segmentatie is terug te vinden in hoofdstuk 3: Marktstructuur.

1.4 Leeswijzer

In dit rapport wordt voor forensische zorg in strafrechtelijk kader de afkorting FZ gebruikt. Overal waar FZ is gebruikt wordt specifiek forensische zorg in strafrechtelijk kader bedoeld. Forensische zorg zonder strafrechtelijk kader valt buiten de scope van deze marktscan.
Hoofdstuk 2 geeft een omschrijving van de markt. In hoofdstuk 3 en 4 wordt de marktstructuur en het marktgedrag van relevante spelers weergegeven. Vervolgens wordt in de daarop volgende drie hoofdstukken ingegaan op de stand van zaken met betrekking tot de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Voor de leesbaarheid van deze marktscan is in de bijlagen een begrippenlijst en een lijst met afkortingen opgenomen. Ook is de beleidsbrief als bijlage toegevoegd.

[3] DJI (2013). Forensische zorg in getal 2008-2012.

2. Omschrijving van de markt

2.1 Forensische zorg in strafrechtelijk kader (FZ)

FZ is geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en verstandelijk gehandicaptenzorg die onderdeel is van een (voorwaardelijke) straf of maatregel of de tenuitvoerlegging daarvan, dan wel een andere strafrechtelijke titel[4] *. De zorg behelst klinische zorg, ambulante zorg en/of beschermd wonen.*

Onder FZ vallen alle vormen van zorg (behandeling of begeleiding) die de rechter in een vonnis kan opleggen en zorg aan gedetineerden. Voorbeelden hiervan zijn vormen van verslavingszorg, een maatregel als 'TBS met voorwaarden' of poliklinische handelingen door een GGZ-aanbieder. Het doel van FZ is herstel van de cliënt en (verdere) vermindering van recidive ten behoeve van de veiligheid van de samenleving. Somatische zorg in het algemeen en basiszorg die geleverd wordt aan gedetineerden binnen het gevangeniswezen vallen niet onder FZ.

FZ wordt aangeboden in de vorm van klinische zorg, ambulante zorg of beschermd wonen. Bij klinische zorg is sprake van een 24-uurs verblijfsetting in een kliniek waar ook behandeling wordt geboden. Bij ambulante zorg is er geen sprake van verblijf. Op de afgesproken tijdstippen komen de cliënten naar de hulpverlener toe. Ook is het mogelijk dat hulpverleners cliënten in hun omgeving bezoeken voor de behandeling, begeleiding of ondersteuning. Beschermd wonen is een vorm van kleinschalig wonen waarbij de bewoners op verschillende niveaus begeleiding en ondersteuning ontvangen.

Soorten forensische zorg
FZ wordt meestal door een rechter opgelegd en betreft alleen de zorg in strafrechtelijk kader. Er zijn 22 forensische zorgtitels: 21 strafrechtelijke titels en één voorgenomen indicatiestelling van de reclassering (zie bijlage 1). De laatste kan onder bepaalde voorwaarden benut worden om een verdachte zorg te bieden voordat er sprake is van één van de strafrechtelijke titels (zorg voor strafrechtelijke titel). In een aantal gevallen geldt dat er sprake kan zijn van zorg zonder strafoplegging. De overige straftitels zijn onder te verdelen in drie categorieën, namelijk TBS, zorg als voorwaarde en zorg aan gedetineerden.

TBS
TBS is een maatregel die de rechter oplegt aan mensen die ernstige delicten hebben gepleegd en lijden aan een psychiatrische ziekte of stoornis. Om de ziekte of stoornis te behandelen en herhaling (recidive) te voorkomen kan TBS worden opgelegd. Dit alles met als doel de samenleving te beschermen.

TBS is er in twee vormen
TBS met dwangverpleging is de meest bekende vorm van TBS. De TBS-gestelde (met dwangverpleging) wordt altijd in een forensisch psychiatrisch centrum (FPC, TBS-kliniek) geplaatst en behandeld. Ook kunnen specifieke groepen van TBS-gestelden in instellingen met een op een na hoogst beveiligingsniveau opgenomen worden, die gespecialiseerd zijn in specifieke problematiek. Dwangverpleging houdt in dat de TBS-gestelde ook onvrijwillig in het FPC kan verblijven.

[4] DJI (2012). Handboek forensische zorg.

TBS met voorwaarden is de tweede vorm van TBS. Hier stelt de rechter voorwaarden aan het gedrag. De persoon moet dan bijvoorbeeld een behandeling ondergaan (ambulant of klinisch) en/of mag geen alcohol of drugs gebruiken. Bij tbs met voorwaarden is overeenstemming over de voorwaarden noodzakelijk tussen verdachte, reclassering en zorgaanbieder. Wanneer de voorwaarden worden genegeerd, kan de rechter de TBS alsnog omzetten in TBS met bevel tot verpleging.

Zorg als voorwaarde
'Zorg als voorwaarde' kan bestaan uit klinische zorg, ambulante zorg of beschermd wonen en wordt aangeboden door verschillende aanbieders voor GGZ, verslavingszorg en verstandelijk gehandicaptenzorg. Het gaat om voorwaardelijke strafmaatregelen. Een voorbeeld hiervan is een verslaafde die voorwaardelijk is veroordeeld. Onder de voorwaarde dat hij/zij deelneemt aan zorg hoeft hij/zij geen gevangenisstraf te ondergaan.

Zorg aan gedetineerden
Tijdens detentie kan een zorgbehoefte blijken. Indien zo, dan geldt allereerst het principe 'GGZ tenzij'. Dit houdt in dat de gedetineerde klinisch geplaatst wordt in een reguliere GGZ-instelling of ambulante zorg ontvangt van een GGZ-instelling in de penitentiaire instelling. Als dit niet mogelijk is, wordt de gedetineerde geplaatst in een PPC ten behoeve van klinische behandeling.

Bij de doelgroep 'Zorg aan gedetineerden' heeft de rechter geen FZ opgelegd, maar wordt tijdens de detentie geïndiceerd dat een gedetineerde FZ nodig heeft. Een rechterlijke uitspraak is daarvoor niet nodig.

2.2 Doelgroepen FZ

Zoals beschreven in paragraaf 2.1 kunnen een aantal doelgroepen worden onderscheiden: TBS-gestelden, gedetineerden en verdachten geseponeerd met voorwaarden of veroordeelden aan wie het Openbaar Ministerie (OM) of de Rechtspraak een voorwaardelijke sanctie heeft opgelegd.

FZ is bedoeld voor mensen met een psychische of psychiatrische stoornis, verslaving en/of verstandelijke beperking die een strafbaar feit hebben gepleegd en bij wie het risico hoog is dat zij opnieuw een strafbaar feit gaan plegen.

2.3 Levering van zorg

De FZ zorgaanbieders zijn in te delen in de volgende categorieën:
- Forensisch Psychiatrische Centra (FPC)
- Forensisch Psychiatrische Klinieken (FPK)/Forensische Verslavingsklinieken (FVK)
- Forensisch Psychiatrische Afdelingen (FPA)/ Forensische Verslavings Afdelingen (FVA)
- Penitentiair Psychiatrische Centra (PPC)
- Forensisch Psychiatrische Poliklinieken (FPP)
- Instellingen voor Sterk Gedragsgestoorde en Licht Verstandelijk Gehandicapte justitiabelen (SGLVG/SGLVG+)
- Regionale aanbieders voor Beschermd Wonen (RIBW)

Daarnaast zijn er reguliere GGZ-instellingen en instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg die FZ-zorg aanbieden.

Centraal binnen FZ staat de benodigde combinatie van behandeling en beveiliging bestaande uit zorgintensiteit en beveiligingsniveau. Omdat deze combinatie leidt tot een keuze van een verblijfssoort, zal eerst toegelicht worden wat de verschillende niveaus van behandeling en beveiliging zijn. Daarna worden bovengenoemde categorieën toegelicht.

Behandeling en beveiliging
FZ kent verschillende soorten behandeling. De intensiteit van de behandeling (ook wel verblijfsintensiteit genoemd) kan variëren. De intensiteit van een behandeling wordt mede bepaald door de beschikbaarheid van sociotherapeuten. Er zijn drie categorieën te onderscheiden voor verblijfsintensiteit, namelijk laag, gemiddeld of hoog[5].

Naast behandeling is passende beveiliging cruciaal in de FZ. Het niveau van de beveiliging verschilt per zorgaanbieder. Beveiligingsmaatregelen hebben betrekking op de vaardigheden van het personeel, de organisatie, het gebouw en de elektronica, zoals camera's en detectieapparatuur. Er zijn vier beveiligingsniveaus, namelijk laag, gemiddeld, hoog en zeer hoog:

- Bij een *laag* beveiligingsniveau vindt de behandeling van de cliënten plaats in een open setting. Zij kunnen zich vrij bewegen in en buiten de instelling. De beveiliging bestaat uit het maken van afspraken en het monitoren van het verslavings- en psychiatrische problematiek.
- Een *gemiddeld* beveiligingsniveau is van toepassing op gesloten afdelingen in klinieken of instellingen. Omdat niet het volledige behandelaanbod beschikbaar is binnen deze beveiligde setting dient de cliënt binnen een redelijk termijn de beschikking te kunnen krijgen over vrijheden (al dan niet met begeleiding) om optimaal gebruik te maken van het volledige therapieaanbod. Binnen het gemiddeld beveiligingsniveau is er controle op afspraken en het monitoren van het verslavings- en psychiatrische problematiek. Dit beveiligingsniveau is sinds 2012 gesplitst in laag en hoog. Hiermee wordt recht gedaan aan een verschil in beveiliging tussen oude en nieuwere Forensisch Psychiatrische Afdelingen (FPA's). Het verschil binnen dit beveiligingsniveau komt in de bekostiging nog niet tot uitdrukking.
- Een *hoog* beveiligingsniveau is van toepassing op gesloten klinieken of afdelingen. Het volledige therapie-aanbod is beschikbaar. Dit maakt het mogelijk dat ook cliënten die lange tijd niet in aanmerking komen voor vrijheden hier geplaatst kunnen worden.
- Een *zeer hoog* beveiligingsniveau is van toepassing op hoog beveiligde, gesloten instellingen. Het gebouw is uitgerust met detectieapparatuur en camera's en het personeel beschikt over specifieke vaardigheden op het gebied van beveiliging. De bewegingsvrijheid van de cliënten is zeer beperkt.

Forensisch Psychiatrische Centra (FPC's)
Een FPC (TBS-kliniek) behandelt cliënten waaraan een maatregel van TBS met dwangverpleging is opgelegd door de rechter. De behandeling richt zich op alle criminogene factoren; de behandeling van psychische stoornissen en problemen op verschillende levensgebieden (wonen, werk, relaties). Een FPC verpleegt en/of behandelt TBS-cliënten binnen een zeer streng beveiligd kader en/of met een hoog beveiligingsniveau.

[5] Analoog aan de GGZ komen er per 2014 zeven verblijfsprestaties in de forensische zorg. Op deze marktscan is de indeling naar drie verblijfsintensiteiten van toepassing.

Ook de behandeling is zeer intensief. Het uiteindelijke doel van de behandeling is dat het recidiverisico naar een aanvaardbaar niveau wordt teruggebracht. Na een verblijf in een FPC kunnen forensische cliënten worden doorgeplaatst naar bijvoorbeeld een FPK of een FPA.
Cliënten die blijvend een hoog recidiverisico hebben kunnen terecht komen op een long-stay afdeling.

Over het algemeen zijn FPC's geen onderdeel van een reguliere GGZ-instelling. De meeste klinieken zijn particulier. Op dit moment zijn er nog twee FPC's die beheerd worden door DJI (Dienst Justitiële Instellingen). Dit zijn de zogenaamde rijksinstellingen.

Forensisch Psychiatrische Klinieken (FPK's)/ Forensische Verslavingsklinieken (FVK's)
Een FPK of FVK is een gespecialiseerde voorziening in de geestelijke gezondheidszorg. Over het algemeen is er sprake van een hoog beveiligingsniveau. In een FPK worden cliënten behandeld met ernstige psychiatrische gedragsproblemen en/of een persoonlijkheidsstoornis[6]. Binnen een FVK wordt zorg geboden aan langdurig verslaafden die (veelvuldig) in contact zijn gekomen met justitie. Naast de problematiek omtrent de verslaving kan er ook sprake zijn van een psychiatrische stoornis. Wanneer blijkt dat voortzetting van zorg nodig is, kan na afloop van het strafrechtelijk kader, de zorg voortgezet worden als forensische zorg zonder strafrechtelijk kader. Deze zorg wordt bekostigd vanuit de AWBZ of Zvw.

Forensisch Psychiatrische Afdelingen (FPA's)/ Forensische Verslavingsafdeling (FVA)
Het grootste deel van de populatie in een FPA wordt behandeld voor een psychotische stoornis, al dan niet in combinatie met middelenmisbruik. De behandelduur varieert van drie maanden tot enkele jaren. FPA's zijn opgezet om te fungeren als voorziening tussen de hoger beveiligde zorgaanbieders en de reguliere zorg. Doel is het behandelen van de (gedrags-) problematiek en het verminderen van het recidiverisico. In een FVA wordt zorg geboden aan langdurig verslaafden die (veelvuldig) in contact zijn gekomen met Justitie. Naast de problematiek omtrent de verslaving kan er ook sprake zijn van een psychiatrische stoornis. FPA's en FVA's kennen een gemiddeld beveiligingsniveau en zijn minder beveiligd dan FPK's en FVK's. Zij zijn vaak onderdeel van een reguliere GGZ instelling. Na een verblijf in een FPA of FVA kunnen cliënten doorstromen naar een RIBW, woonvormen in de GGZ of naar zelfstandig wonen.

Penitentiair Psychiatrische Centra (PPC's)
Binnen een PPC wordt klinische psychiatrische zorg aan gedetineerden geboden die om diverse redenen niet binnen de reguliere GGZ behandeld kunnen worden, bijvoorbeeld omdat er sprake is van een groot vluchtgevaar. De gedetineerden worden binnen de PPC's psychiatrisch begeleid, behandeld en gestabiliseerd. Vanuit het PPC wordt bekeken of de cliënt in het kader van een zorgtraject uiteindelijk kan worden doorgeplaatst naar bijvoorbeeld een FPK of een FPA. Het PPC is gehuisvest binnen een penitentiaire instelling (PI) en het beveiligingsniveau is daarom zeer hoog.

---

[6] www.forensischezorg.nl.

Forensisch Psychiatrische Poliklinieken (FPP's)
In een FPP wordt ambulante behandeling geboden aan mensen met een psychiatrische aandoening en/of persoonlijkheidsproblematiek, die in aanraking zijn gekomen of dreigen te komen met justitie. De FPP maakt vaak onderdeel uit van een reguliere GGZ-instelling of forensisch psychiatrische zorgaanbieder. Aangezien de behandeling ambulant wordt gegeven is er geen beveiliging.

Instellingen voor Sterk Gedragsgestoorde en Licht Verstandelijk Gehandicapte justitiabelen (SGLVG/SGLVG+)
De populatie in een SGLVG of SGLVG+ instelling (meestal onderdeel van een gehandicaptenzorg-instelling) heeft een dubbele diagnose, zowel een licht verstandelijke beperking alsook ernstige gedragsproblemen. De behandeling richt zich dan ook op meerdere facetten; enerzijds het bieden van woon- en werkvoorzieningen aangepast op de doelgroep, anderzijds het behandelen van de psychiatrische stoornis of gedragsstoornis zodat klachten verminderen. Na een verblijf in een SGLVG-instelling kan een cliënt doorstromen naar bijvoorbeeld een RIBW gericht op licht verstandelijk beperkten. Het beveiligingsniveau binnen deze instellingen is gemiddeld.

Regionale aanbieder voor Begeleid Wonen (RIBW)
In een RIBW worden diverse vormen van wonen en begeleiding geboden aan mensen met psychische of psychosociale problemen, al dan niet met een strafrechtelijke titel. RIBW's bieden ondersteuning door het stimuleren van persoonlijke ontwikkeling, bijvoorbeeld door het helpen bij het vinden van werk-/dagbesteding en het opbouwen van een adequaat sociaal netwerk. Op deze manier wordt niet alleen de justitiabele geholpen, maar worden ook dreigende problemen en overlast voor de maatschappij voorkomen. De geboden ondersteuning kan kort- of langdurend zijn. Het beveiligingsniveau binnen deze instellingen is laag.

2.4 Inkoop

VenJ is verantwoordelijk voor de inkoop van FZ. Deze verantwoordelijkheid is belegd bij de DForZo van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI). DForZo bekijkt hoeveel FZ nodig is, van welk type en welke instellingen die zorg kunnen leveren, koopt de benodigde zorg in en bewaakt de kwaliteit.

De markt voor FZ is een monopsonie. Een monopsonie is een markt met één inkoper (in dit geval DForZo) en meerdere verkopers (de zorgaanbieders). In tegenstelling tot andere zorgmarkten is er dus geen sprake van concurrentie bij de inkopers. De zorgaanbieders hebben wel te maken met een concurrerende markt. Deze concurrentie is gericht op het mogen leveren van zorg (de contractering). De cliënt heeft in het kader van strafoplegging, geen keuzevrijheid voor een bepaalde zorgaanbieder.

In hoofdstuk 4 wordt verder ingegaan op de zorginkoop.

2.5 Indicatiestelling

De indicatiestelling vormt de basis voor het plaatsen van een justitiabele bij een passende zorgaanbieder. Indicatiestelling is nodig om de zorgbehoefte en de beveiligingsnoodzaak van de justitiabele vast te stellen. De indicatiestelling dient onafhankelijk van het zorgaanbod en de zorginkoop plaats te vinden, zodat de zorgbehoefte objectief wordt

vastgesteld. Als opname noodzakelijk is, staat in de indicatiestelling niet alleen de omschrijving van de zorg en de beveiliging, maar ook de verblijfssoort die erbij hoort.

Tabel 2.1 toont de indicatiestellers en geeft aan welke zorg door welk orgaan geïndiceerd wordt. Voor TBS met dwangverpleging geldt dat er niet wordt geïndiceerd. Het Nederlands Instituut voor Forensische psychiatrie en psychologie (NIFP)geeft in deze gevallen een advies over de toerekeningsvatbaarheid van de verdachte, waarna indien het vonnis van de rechter TBS met dwangverpleging betreft, de cliënt geplaatst wordt in een FPC.

Tabel 2.1. Overzicht indicatiestellers

Indicatiesteller	Indiceert voor
IFZ (NIFP)	Alle klinische zorg, inclusief alle klinische verslavingszorg buiten het gevangeniswezen en voor beschermd wonen na klinisch verblijf
3RO	Alle ambulante zorg en beschermd wonen in voorwaardelijke trajecten, met uitzondering van beschermd wonen na klinisch verblijf
PMO	Alle klinische en ambulante zorg binnen het gevangeniswezen

Bron: www.forensischezorg.nl

Het IFZ (Indicatiestelling Forensische Zorg)
De indicatiestelling voor klinische zorg en beschermd wonen na klinisch verblijf wordt verzorgd door het IFZ, onderdeel van het NIFP. Het NIFP is het kennisinstituut voor forensische psychiatrie en psychologie. Het is een landelijke dienst van het Ministerie van VenJ, ondergebracht bij DJI.

3RO
De indicatiestelling voor de ambulante zorg en beschermd wonen in voorwaardelijke trajecten, wordt verzorgd door drie reclasseringsorganisaties (3RO):
- Reclassering Nederland (RN)
- Stichting Verslavingsreclassering GGZ (SVG)
- Het Leger des Heils Jeugdzorg en Reclassering (LdH JZ&R)

De hoofdproblematiek van de cliënt bepaalt door welk orgaan de indicatiestelling plaatsvindt.

Psycho Medisch Overleg (PMO)
PMO indiceert voor ambulante zorg en voor zorg voor gedetineerden in PPC's. Het PMO bestaat uit psychologen en psychiaters van de penitentiaire instellingen. Het zorgaanbod in de penitentiaire instelling en de overplaatsing naar interne of externe voorzieningen komen via PMO tot stand.

2.6 Plaatsing

In de FZ worden cliënten niet volgens voorkeur geplaatst maar volgens een aantal plaatsingscriteria. Deze criteria zijn als volgt[7]
- Passende zorg: de zorg moet passen bij de zorgbehoefte en beveiligingsnoodzaak voortkomend uit de indicatiestelling.
- Bereikbare zorg: regionale plaatsing is leidend om twee redenen: Ten eerste, regionale plaatsing maakt langdurig zorgcontact met een therapeut mogelijk. Na afloop van de straftitel, wanneer de cliënt terug is naar zijn eigen woonomgeving, is er meer kans dat de behandeling wordt voorgezet. Dit bevordert de continuïteit van zorg.

[7] Handboek FZ, p.69.

Ten tweede, in de regio kan het ondersteunende sociale netwerk van de cliënt benut worden. Er zijn uiteraard specifieke gevallen wanneer het juist wenselijk is om de cliënt uit zijn omgeving te halen.
- Tijdige zorg: de zorg dient direct aan te sluiten op de detentie of het besluit van de rechtspraak, om zo effectief mogelijk te zijn en de slagingskans te bevorderen.

Bereikbaarheid is één van de criteria bij plaatsing. Bereikbaarheid van zorg wordt belangrijker naarmate het beveiligingsniveau afneemt.[8] Een cliënt kan landelijk of regionaal geplaatst worden. Voor plaatsing wordt over het algemeen rekening gehouden met het rechtsgebied, arrondissement of hofressort[9], waarin de cliënt woont.

Bij de plaatsing van voorwaardelijk gestraften met ambulante behandeling is regionale plaatsing het uitgangspunt. De 'reisbereidheid' is daarmee afgebakend tot de regionale woonomgeving van de cliënt.

Voor klinische behandeling is het beveiligingsniveau van belang. Voor cliënten, uitgezonderd cliënten met TBS met dwangverpleging, is het hoogste beveiligingsniveau 3. Gezien het geringe aantal zorgaanbieders met niveau 3 worden deze cliënten landelijk geplaatst. Hoe lager het beveiligingsniveau hoe meer zorgaanbieders er zijn en dus meer mogelijkheden voor regionale plaatsing.

TBS'ers met dwangverpleging worden (landelijk) geplaatst in de instelling die het best voldoet aan de zorgvraag maar in beginsel wel in het hofressort. De reisafstand voor cliënten is irrelevant in deze.

Voor klinische zorg voor gedetineerden binnen een PPC geldt eenzelfde redenering als voor TBS'ers. Gedetineerden worden (landelijk) geplaatst in één van de vijf PPC's.

In tabel 2.2 zijn de plaatsende instanties en hun verantwoordelijkheden opgenomen.

Tabel 2.2. Plaatsende instanties

Plaatsende instantie	Verantwoordelijk voor
3RO	Ambulante FZ
NIFP	Plaatsing klinische FZ, exclusief 'TBS met dwangverpleging'
PMO	Plaatsing ambulante FZ binnen het gevangeniswezen
BSF	Plaatsing klinische FZ binnen PPC's
DForZo (afdeling plaatsing)	TBS met dwangverpleging
Ministerie VenJ (Forensische plaatsingsloket)	Eindverantwoordelijk voor plaatsing, bevoegdheid om te interveniëren en bemiddelen om zo toch tot een plaatsing te komen

Bron: NZa

BSF
De Bureau Selectie Functionaris (BSF, onderdeel DJI) voert de plaatsingen binnen PPC's uit. De BSF neemt op basis van de indicatiestelling van het PMO de voorlopige selectiebeslissing tot overplaatsing naar een PPC en geeft het plaatsingsbesluit af. Het Bureau

[8] Handboek FZ p.153.
[9] Rechtsgebied. Nederland is onderverdeeld in vijf ressorten, die vervolgens weer zijn onderverdeeld in arrondissementen (19). Elk ressort heeft een eigen gerechtshof. (www.rechtspraak.nl).

Selectie en Detentiebegeleiding (BSD) regelt de overplaatsing met de behandelaar.

2.7 Ministeriële verantwoordelijkheid

Het ministerie van VenJ is in de vorige paragrafen een aantal keer teruggekomen. Dit komt doordat de minister van VenJ verantwoordelijk is voor het stelsel Forensische Zorg. De verantwoordelijkheid van de minister richt zich dus zowel op het systeem als ook op de concrete uitvoering van maatregelen, straffen en zorg (kwaliteit en beschikbaarheid).
Hierin onderscheidt het forensische systeem zich van de reguliere zorg.

De taken en verantwoordelijkheden zijn binnen VenJ ondergebracht bij diverse bedrijfsonderdelen. In tabel 2.3 zijn de meest relevante taken per bedrijfsonderdeel in kaart gebracht die gerelateerd kunnen worden aan forensische zorg.

Tabel 2.3. Taken en verantwoordelijkheden VenJ

Rol VenJ	Bedrijfsonderdeel
Inkoop	Directie Forensische Zorg (DForZo) Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI)
Beleid	Directie Sanctie en Preventiebeleid (DSP)
Indicatie	Indicatiestelling Forensische Zorg (IFZ)
Plaatsing	Directie Forensische Zorg (DForZo)
Zorgverlening	Rijksinstellingen (FPC's) Gevangeniswezen (PPC's)
Toezicht op de sanctietoepassing, in het bijzonder op de beveiliging	Inspectie Veiligheid en Justitie (IVenJ)

Bron: NZa

2.8 NZa als regulator en toezichthouder

Tot 1 april 2012 had de NZa in de FZ een adviesrol voor prestaties en tarieven. De NZa adviseerde het ministerie van VenJ over de prestaties en tarieven, waarna het ministerie de tarieven voor de FZ vaststelde. Op grond van het op 27 maart 2012 gewijzigde Interimbesluit FZ is met ingang van 1 april 2012 de rol van de NZa in de FZ veranderd. Vanaf 1 april 2012 is de NZa verantwoordelijk voor:
- Het vaststellen van prestaties en tarieven voor de FZ
- Het vaststellen van beleidsregels en nadere regels voor de FZ
- Toezicht houden op FZ-zorgaanbieders en de zorginkoper

De NZa is hiermee formeel regulator en onafhankelijk toezichthouder voor de FZ. Met de inwerkingtreding van de Wet FZ zal de NZa ook handhavende bevoegdheden krijgen en zal de gehele Wmg integraal van toepassing zijn op de FZ. Momenteel heeft deze wet nog de status van wetsvoorstel. Naar verwachting zal de wet in 2014 in werking treden.

2.9 Bekostiging van FZ

In de afgelopen jaren is de overgang ingezet van functiegerichte bekostiging naar prestatiebekostiging. Naast productieafspraken in budget-parameters, tenderafspraken en normtarieven voor het gevangeniswezen, worden (prestatie)afspraken gemaakt in DBBC's, ZZP's en extramurale (AWBZ)zorgparameters. Voor de nieuwe systematiek is zoveel mogelijk aansluiting gezocht bij de reguliere (geestelijke) gezondheidszorg.

2.9.1 DBBC's

Een DBBC bestaat uit het geheel van activiteiten voor behandeling en verblijf, voortvloeiend uit de strafrechtelijke titel welke een cliënt opgelegd krijgt. De DBBC's zijn van toepassing op de klinische forensische zorg en ambulante behandeling in strafrechtelijk kader, plus de bijzondere zorg in detentie (PPC's) en de SGLVG+ instellingen. De systematiek waar de DBBC's op zijn gebaseerd is geënt op de DBC-systematiek (Diagnose Behandel Combinatie) uit de reguliere gezondheidszorg.

Op 1 januari 2011 is de declaratie van DBBC's ingevoerd. Vanaf deze datum vindt de financiering van de forensische zorg in strafrechtelijk kader plaats op basis van de DBBC-productstructuur.[10] Om de overgang van budgetparameters naar volledige bekostiging op basis van DBBC's niet abrupt te laten verlopen is voor de jaren 2013, 2014 en 2015 voorzien in een transitieperiode.

Op basis van afspraken tussen DForZo en het gevangeniswezen blijven de PPC's tot 2014 werken met normtarieven. Deze normtarieven dienen ter financiering van de zorg aan gedetineerden in PPC's (geleverd door het gevangeniswezen). Het budget geldt hierbij als vangnet. Vanaf 2014 zullen ook zij overgaan op DBBC-bekostiging.

2.9.1.1 Behandelgroepen

Binnen de behandel DBBC's worden acht behandelgroepen onderscheiden naar primaire diagnose:
- Stoornissen in kindertijd
- Schizofrenie en andere psychotische stoornissen
- Problemen in verband met misbruik of verwaarlozing
- Restgroep diagnoses
- Seksuele stoornissen en genderidentiteitsstoornissen
- Stoornissen in impulsbeheersing
- Aan middelen gebonden stoornissen (drugs & alcohol)
- Persoonlijkheidsstoornissen

De behandelgroepen zijn, net als bij GGZ DBC's, verdeeld in tijdsklassen. Zo wordt een relatie gelegd tussen de diagnose van een cliënt en de bijbehorende kosten van de behandeling. Afhankelijk van de duur van de behandeling is dan een bepaald DBBC-product van toepassing.

[10] DJI, 2012. Uitvoeringsregels Forensische Zorg 2012.

2.9.1.2 Verblijfsoorten

De verblijfsoorten zijn opgebouwd uit een combinatie van verblijfsintensiteit en beveiligingsniveau (zie ook paragraaf 2.3).

Tabel 2.4. Overzicht verblijfsoorten

	Niveau beveiliging (Zeer) laag (1)	Niveau beveiliging Gemiddeld (2)	Niveau beveiliging Hoog (3)	Niveau beveiliging Zeer hoog (4)
Verblijfsintensiteit Laag (A)	A1	A2 / A2 SGLVG+	A3	A4
Verblijfsintensiteit Gemiddeld (B)	B1	B2 / B2 SGLVG+	B3	B4
Verblijfsintensiteit Hoog (C)	C1	C2 / C2 SGLVG+	C3	C4

Bron: NZa

2.9.2 ZZP's en Extramurale (AWBZ) zorgparameters

Een ZZP is een volledig pakket van zorg met verblijf en bestaat uit een beschrijving van het type cliënt, het aantal uren zorg dat bij dit cliëntprofiel beschikbaar wordt gesteld en een beschrijving van die zorg. In een ZZP zit, in tegenstelling tot in een DBBC, juist geen behandelcomponent. Voor de ZZP's FZ worden de prestaties uit de AWBZ gehanteerd. Voor de ambulante begeleiding zonder behandeling in de FZ gelden de Extramurale (AWBZ) zorgparameters uit de AWBZ.

Sinds 2011 wordt er binnen de FZ de C-reeks ZZP's (geënt op ondersteunende begeleiding) ingekocht door DForZo. Ten behoeve van de verstandelijke gehandicapten (VG) worden de ZZP's VG ingekocht. De ZZP's SGLVG+ (sterk gedragsgestoord, licht verstandelijk gehandicapt) worden niet ingekocht door VenJ. In plaats daarvan wordt de SGLVG+ behandeling geregistreerd en gefactureerd in DBBC's.

Tot en met 2014 vindt bekostiging plaats op basis van budgetten. Registratie in ZZP's dient op dit moment voor schaduwadministratie.

2.9.3 Afbakening tussen DBBC's, ZZP's en Extramurale (AWBZ) zorgparameters

Voor de afbakening tussen de DBBC's en de ZZP's/Extramurale (AWBZ) zorgparameters geldt het volgende (zie tabel 2.5):

- Voor zorg in het kader van de behandeling van de cliënt (zowel met als zonder verblijf) geldt de DBBC-systematiek. Hieronder valt ook de behandeling aan sterk gedragsgestoorde licht verstandelijke gehandicapten (SGLVG). Voorwaarde hiervoor is dat deze zorg met behandeling geïndiceerd is.
- De ZZP's/Extramurale (AWBZ) zorgparameters gelden voor alle doelgroepen bij de volgende zorgvormen.
- Ambulante begeleiding (Extramurale (AWBZ) zorgparameters).
- Verblijf met begeleiding zonder behandeling (ZZP's).
- Verstandelijk beperkten, met uitzondering van de zorg die is gericht op de behandeling van een gedragsstoornis, verslaving of psychiatrische problematiek (ZZP's).

Tabel 2.5. Onderscheid markten op basis van inkoop van zorg

	Ambulant	Klinisch
Begeleiding	Extramurale (AWBZ) zorgparameters	ZZP's (C-reeks en ZZP VG)
Behandeling	DBBC's	DBBC's (voor gedetineerden wordt via de normtarieven ingekocht)

Bron: NZa

2.10 Ontwikkelingen

Voor de FZ zijn de volgende ontwikkelingen gaande of zullen op termijn plaatsvinden.

2.10.1 Overgang naar prestatiebekostiging

Zoals eerder beschreven vindt er een transitie plaats van aanbod- naar vraaggerichte zorg. De prestaties zullen bekostigd gaan worden middels DBBC's, ZZP's en extramurale (AWBZ) zorgparameters. Doordat de bekostiging per prestatie zal gaan plaats vinden, worden de aanbieder voor bekostiging volledig afhankelijk van de levering van de zorgprestaties. In de afgelopen jaren is gestart met de financiering volgens deze systematiek. In de komende jaren zal ook de bekostiging geheel overgaan. Voor de DBBC's geldt een transitieperiode van drie jaar (2013, 2014 en 2015) waarin het garantiepercentage (in welke mate de budgetomzet meetelt in de transitieomzet) wordt afgebouwd (respectievelijk 95%, 95% en 70%). De ZZP-bekostiging zal per 1 januari 2015, zonder transitiemodel worden ingevoerd.

2.10.2 Invoering NHC

Per 2013 is de normatieve huisvestingscomponent (NHC) ingevoerd in de FZ. Vanaf dat moment bieden DBBC's een vergoeding voor kapitaallasten. Binnen de ZZP worden de kapitaallasten ook via de NHC vergoed. Invoering van het NHC systeem verloopt middels een transitieperiode. Tot en met 2012 kregen de zorgaanbieders nog hun werkelijke kosten nagecalculeerd. Dit betekent dat zij met de invoering van de NHC stapsgewijs risico lopen op de kapitaalslasten.

2.10.3 Masterplan DJI 2013-2018

Tussen 2013 en 2018 worden er bezuinigingen doorgevoerd binnen het gevangeniswezen. Dit heeft gevolgen voor de FZ. In het masterplan DJI[11] zijn onder andere de volgende maatregelen genoemd die van toepassing zijn op de FZ:

- Verkorting van de gemiddelde behandelduur TBS.
- In een tweetal particuliere zorgaanbieders worden geen TBS-gestelden meer geplaatst en zal de capaciteit volledig worden afgebouwd. Daarnaast zal er één Rijksinstelling worden gesloten.
- Reservecapaciteit TBS wordt afgeschaft.
- Het doorvoeren van tariefkortingen en kostprijsverlaging bij particuliere zorgaanbieders.
- Overige maatregelen zoals kortingen op verschillende ondersteunende diensten en het hoofdkantoor.
- De capaciteit van de PPC's wordt met 60 verlaagd.

[11] DJI, 2013. Masterplan DJI 2013-2018.

− Ook vindt enige teruggang in TBS-capaciteit bij overige FPC's plaats. In totaal worden ruim 500 bedden afgebouwd: van de 1867 TBS-plaatsen in 2013 zullen er in 2018 nog 1339 over zijn.

Deze maatregelen kunnen de volgende toekomstige gevolgen hebben voor de geleverde zorg:

− Zorg wordt meer geconcentreerd geleverd (meer specialisatie).
− Het verkorten van de gemiddelde TBS behandelduur kan een snellere doorstroom tot gevolg hebben lager beveiligde minder zorgintensieve plaatsen in de overige forensische zorg voorzieningen (opdrijvend effect richting overige forensische zorg).
− Door de verkorting van de behandelduur is er meer sprake van substitutie. Toename van lagere beveiligingsniveaus en een afbouw van de hoeveelheid hoogbeveiligde en zorgintensieve plaatsen.

3. Marktstructuur

Dit hoofdstuk beschrijft de structuur van de markt. Het geeft een beschrijving van de gebruikte segmentatie, (ontwikkeling in) aantallen FZ zorgaanbieders, de marktconcentratie, de omvang, toe- en uittreding en de financiële positie.

3.1 Gebruikte segmentatie

In Tabel 3.1 is een overzicht opgenomen van de gebruikte segmentatie. Bij de analyse en beschrijving van de indicatoren is deze segmentatie aangehouden.

De gehanteerde segmentatie is gebaseerd op de toekomstige bekostigingssystematiek. Hierdoor komt de verdeling niet geheel overeen met de huidige (budget) situatie. Voor de DBBC-systematiek geldt dat er criteria zijn opgesteld waaraan een aanbieder moet voldoen om afspraken op een bepaald beveiligingsniveau te mogen maken. Wat afspraken in budgetparameters betreft, bepaalt het type zorgaanbieder onder welk beveiligingsniveau deze ingedeeld is.

Er is voor deze marktscan een algemene onderverdeling gemaakt. De productie van FPA's is bijvoorbeeld in het segment GGZ behandeling beveiligingsniveau 2 ondergebracht. Over het algemeen voldoen FPA's aan de criteria van beveiligingsniveau 2. Er is echter niet op zorgaanbiedersniveau uitgezocht of de zorgaanbieder aan de criteria voor beveiligingsniveau 2 voldoet.

In deze marktscan wordt het segment zorg aan gedetineerden in PPC's apart vermeld. Hierin zijn alleen de vijf PPC-locaties opgenomen als onderdeel van het gevangeniswezen en de reguliere GGZ-instellingen die op ambulante basis zorg leveren aan cliënten die verblijven binnen een PPC.
Zorg aan gedetineerden kan ook buiten de PPC's geleverd worden door andere FZ-zorgaanbieders in een FPK, FPA of RIBW. Daarnaast zijn er ambulante FZ-zorgaanbieders die zorg leveren aan gedetineerden binnen een penitentiaire instelling (niet zijnde PPC). Gegevens van deze vormen van zorg zijn onderdeel van de totaal productiecijfers en zijn niet apart inzichtelijk. In deze marktscan is daarom geen onderscheid gemaakt naar deze vormen van zorg aan gedetineerden.

Tabel 3.1 geeft een overzicht van de verschillende marktsegmenten die in de analyses zijn gebruikt. In de tabel zijn de soorten zorgaanbieders zoals deze nu bekend zijn in de laatste kolom opgenomen. In de toekomst zal de indeling geheel op basis van de nieuwe bekostigingssystematiek plaatsvinden en komt de indeling op basis van het type aanbieder te vervallen.

Tabel 3.1. In de analyses onderscheiden marktsegmenten

Doelgroep		Zorgvraag	Niveau Beveiliging	Naam segment	Type aanbieder die bij het segment horen
TBS-gestelden		Behandeling	Beveiligings-niveau 3 en 4	FPC	Forensische Psychiatrische Centra
Gedetineerden in PPC's		Behandeling	Beveiligings-niveau 4*	Zorg aan gedetineerden in PPC's	Penitentiair Psychiatrische Centra en reguliere GGZ-aanbieder
Overig	GGZ-cliënten	Begeleiding	n.v.t	GGZ Begeleiding	RIBW, reguliere GGZ-aanbieder en reguliere aanbieder voor verslavingszorg
		Behandeling	Ambulante behandeling; beveiligings-niveau n.v.t.	GGZ ambulante behandeling	reguliere GGZ-aanbieder en reguliere aanbieder voor verslavingszorg, Forensische Psychiatrische poliklinieken
			Beveiligings-niveau 1	GGZ behandeling beveiligings-niveau 1	Reguliere GGZ-aanbieder en reguliere aanbieder voor verslavingszorg
			Beveiligings-niveau 2	GGZ behandeling beveiligings-niveau 2	Forensisch Psychiatrische Afdelingen en Forensische Verslavingsafdelingen
			Beveiligings-niveau 3	GGZ behandeling beveiligings-niveau 3	Forensisch Psychiatrische Klinieken, Forensische Verslavingsklinieken
	Verstandelijk gehandicapten	Begeleiding	n.v.t	VG-begeleiding	SGLVG-instelling
		Behandeling	Ambulant; beveiligings-niveau n.v.t	VG ambulante behandeling	SGLVG-instelling
			Beveiligings-niveau 2	VG-behandeling beveiligings niveau 2	SGLVG+ instelling

Bron: NZa

* Zorg aan gedetineerden in PPC's wordt ook door reguliere GGZ instellingen geleverd. Deze zorgaanbieders leveren ambulante zorg voor cliënten die in een PPC verblijven.

3.2 Aantal zorgaanbieders

Onderstaande tabel laat het aantal zorgaanbieders per jaar zien. Hierbij zijn alle zorgaanbieders opgenomen die in het betreffende jaar budgetafspraken hebben gemaakt of aanbestedingscontracten hebben afgesloten met DForZo. Er is onderscheid gemaakt tussen FPC's, zorgaanbieders die zorg aan gedetineerden leveren in PPC's en 'overige FZ' onderverdeeld in segmenten.

De volgende opmerkingen zijn van toepassing op tabel 3.2:

- Een zorgaanbieder kan op meerdere locaties zorg leveren. Omdat locaties onder dezelfde zorgaanbieder vallen worden ze als één geteld. Het gevangeniswezen heeft bijvoorbeeld vijf locaties waar FZ-zorg wordt geleverd (de vijf PPC's). De vijf PPC's tellen als één omdat ze tot dezelfde zorgaanbieder horen.
- Het segment zorg aan gedetineerden in PPC's omvat naast het gevangeniswezen, ook zorgaanbieders die (vanaf 2010) ambulante zorg leveren binnen de PPC's. Deze zorgaanbieders leveren voor een tijdelijke periode zorg in de PPC's op basis van een aanbesteding, met als doel kennisoverdracht en kwaliteitsverbetering. In de toekomst zal het aantal zorgaanbieders in dit segment dus weer afnemen.
- Zorgaanbieders kunnen in meerdere segmenten zorg leveren. In dat geval worden ze in elk segment geteld. Een totaal regel is daarom niet weergegeven in de tabel maar apart in de beschrijvende tekst opgenomen.

Tabel 3.2. Aantal zorgaanbieders met budgetafspraken in parameters of met aanbestedingscontracten

	2009	2010	2011	2012
Overige FZ				
GGZ ambulante behandeling	39	38	38	45
GGZ-begeleiding	61	67	79	99
GGZ-behandeling beveiligingsniveau 1	32	33	29	29
GGZ-behandeling beveiligingsniveau 2	14	14	14	16
GGZ-behandeling beveiligingsniveau 3	8	6	9	10
VG-begeleiding	8	11	15	20
VG-behandeling beveiligingsniveau 2	6	10	10	9
VG ambulante behandeling	4	4	3	3
FPC	13	13	13	13
Zorg aan gedetineerden in PPC's	1	12	12	9

Bron: DForZo

Het totaal aantal zorgaanbieders dat FZ levert is van 79 in 2009 tot 115 in 2012 gegroeid. De meeste groei is in de segmenten GGZ-begeleiding en VG-begeleiding te zien. In de segmenten FPC, Zorg aan gedetineerden in PPC's, VG ambulante behandeling, VG-behandeling op beveiligingsniveau 2 en GGZ-behandeling op beveiligingsniveau 1, is het aantal zorgaanbieder in de afgelopen jaren vrijwel stabiel gebleven of licht gedaald.

Tabel 3.3 laat het aantal zorgaanbieders zien dat naast budgetparameters ook afspraken heeft gemaakt in DBBC's, ZZP's of extramurale (AWBZ) zorgparameters. In de tabel is te zien dat het aantal zorgaanbieders waarmee een afspraak is gemaakt in DBBC's, ZZP's of extramurale (AWBZ) zorgparameters in 2012 respectievelijk met 18,6%, 13,6% en 22,9% hoger is dan in 2011.

Tabel 3.3. Aantal zorgaanbieders met afspraken in DBBC's, ZZP's en extramurale (AWBZ) zorgparameters

	2011	2012
DBBC	43	51*
ZZP	59	67
Extramurale (AWBZ) Zorg Parameter	70	86

*Het gaat om voorlopige cijfers.
Bron: DForZo

De afspraken in DBBC's worden onderscheiden in afspraken over verblijf DBBC's en ambulante DBBC's. Tabel 3.4 geeft een overzicht van het aantal zorgaanbieders met afspraken over verblijf DBBC's. In de tabel wordt een onderscheid gemaakt naar beveiligingsniveau.

Tabel 3.4. Aantal zorgaanbieders met afspraken over verblijf DBBC's[12]

	2011	2012*
Beveiligingsniveau 1	24	32
Beveiligingsniveau 2	30	32
Beveiligingsniveau 3	20	20
Beveiligingsniveau 4	9	7

*Het gaat om voorlopige, nog niet vastgestelde cijfers.
Bron: DForZo

Het totaal aantal zorgaanbieders met DBBC afspraken voor verblijf was 41 in 2011 en 42 in 2012. Een zorgaanbieder kan over meerdere beveiligingsniveaus afspraken hebben gemaakt. Deze zorgaanbieder is dan in elk relevant segment meegeteld. Wanneer de individuele getallen worden opgeteld, komt dit dus niet overeen met het totaal aantal zorgaanbieders dat DBBC-afspraken voor verblijf heeft gemaakt. Het relatief lage aantal zorgaanbieders dat op het hoogste beveiligingsniveau afspraken heeft gemaakt is te verklaren doordat het gevangeniswezen geen DBBC-afspraken heeft gemaakt in 2011 en 2012 en dus niet opgenomen zijn in de tabel. Daarnaast zijn er een aantal FPC's dat geen afspraken over beveiligingsniveau 4 heeft gemaakt, maar op een lager niveau. Dit geldt voor specifieke doelgroepen.

Er is een verschil te zien tussen het aantal zorgaanbieders per beveiligingsniveau gerekend op basis van afspraken in budgetparameters (tabel 3.2) en het aantal zorgaanbieders per beveiligingsniveau gerekend op basis van DBBC's (tabel 3.4). Dit komt door het definitieverschil van 'beveiligingsniveau' tussen de budgetsystematiek en DBBC-systematiek (zie paragraaf 3.1).

[12] De gebruikte gegevens zijn ten opzichte van 2012 geactualiseerd.

3.3 Toe- en uittreding

In deze paragraaf wordt ingegaan op het aantal toe- en uittreders per segment per jaar.

3.3.1 Toetreders

In tabel 3.5 wordt het aantal toetreders voor de FZ in kaart gebracht. Een aanbieder is als toetreder gedefinieerd indien hij productie heeft in jaar T en niet in jaar T-1. De analyse is per segment uitgevoerd. Indien een aanbieder zijn aanbod uitbreidt naar een nieuw segment wordt deze aanbieder als toetreder geteld in het nieuwe segment.

Tabel 3.5. Toetreders forensische zorg

	2010	2011	2012
Overige FZ			
GGZ ambulante behandeling	1	3	9
GGZ-begeleiding	10	14	21
GGZ-behandeling beveiligingsniveau 1	2	2	2
GGZ-behandeling beveiligingsniveau 2	1	2	2
GGZ-behandeling beveiligingsniveau 3	0	3	2
VG-begeleiding	4	6	7
VG-behandeling beveiligingsniveau 2	4	1	1
Zorg aan gedetineerden in PPC's	11	1	1

Bron: DForZo

Het aantal zorgaanbieders dat in 2012 aan de markt van forensische zorg met strafrechtelijke titel toetrad is 24. Er zijn nog meer zorgaanbieders die hun aanbod hebben uitgebreid naar nieuwe segmenten binnen deze markt. Het hoogste en nog steeds stijgende aantal toetreders is te vinden in het segment GGZ-begeleiding.

Ook in deze tabel is te zien dat in 2010 elf aanbieders zijn toegetreden tot het segment zorg aan gedetineerden in PPC's. Dit zijn de GGZ-instellingen die op basis van tijdelijke aanbestedingscontracten zorg leveren binnen de PPC's.

3.3.2 Uittreders

Tabel 3.6 geeft een overzicht van het aantal uittreders. Een aanbieder is als uittreder gedefinieerd als hij productie in jaar T-1 heeft, maar niet in jaar T. Als een aanbieder stopt in een segment maar zorg blijft bieden in andere segmenten, wordt deze als uittreder meegeteld in het segment dat hij heeft verlaten.

Tabel 3.6. Uittreders forensische zorg

	2010	2011	2012
Overige FZ			
GGZ ambulante behandeling	2	3	2
GGZ-begeleiding	3	2	1
GGZ-behandeling beveiligingsniveau 1	1	5	2
GGZ-behandeling beveiligingsniveau 2	1	2	0
GGZ-behandeling beveiligingsniveau 3	2	1	0
VG-begeleiding	0	2	2
VG-behandeling beveiligingsniveau 2	0	2	1
VG ambulante behandeling	0	1	0
Zorg aan gedetineerden in PPC's	0	1	4

Bron: DForZo

Drie zorgaanbieders hebben de markt van forensische zorg met strafrechtelijke titel verlaten in 2012. Er zijn iets meer zorgaanbieders die in een van de segmenten hun activiteiten stopten.

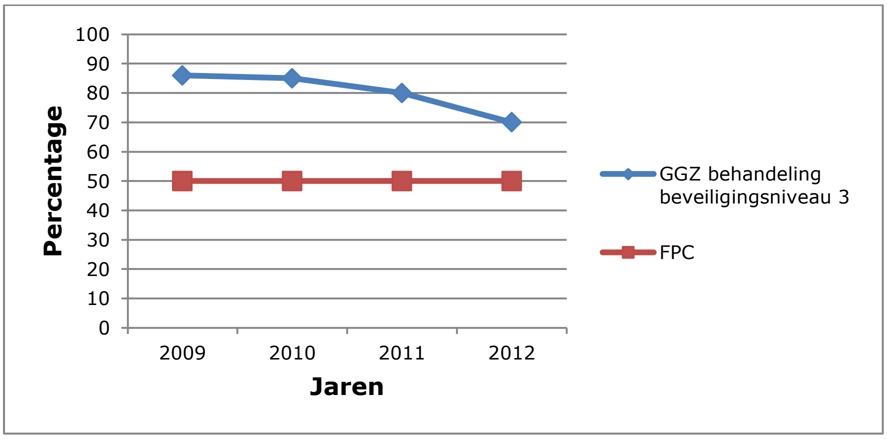
3.4 Concentratiegraad/spreiding aanbieders

De concentratiegraad is op basis van twee indicatoren, C4 en Herfindahl-Hirschman Index (HHI), weergegeven. De concentratiegraad is alleen berekend voor de segmenten FPC's en GGZ-behandeling beveiligingsniveau 3. Voor deze segmenten geldt dat de markt landelijk is. Ook in het segment Zorg aan gedetineerden in PPC's is de markt landelijk maar is er geen sprake van concurrentie. Er is één aanbieder (Gevangeniswezen) en vanaf 2010 een aantal GGZ-zorgaanbieders. Deze zorgaanbieders zijn echter geen concurrenten van het Gevangeniswezen, ze leveren voor een tijdelijke periode zorg in de PPC's op basis van een aanbesteding, met als doel kennisoverdracht en kwaliteitsverbetering. Bij de andere segmenten is er sprake van een lokale markt, waarbij de concentratie dus ook op lokaal niveau berekend moet worden. Om de concentratiegraad op lokaal niveau te kunnen berekenen zijn productiegegevens per locatie nodig, omdat veel zorgaanbieders op meerdere lokale markten opereren. Deze gegevens zijn echter niet beschikbaar. De concentratiegraad van de overige segmenten kon daarom niet berekend worden.

3.4.1 C4

De C4 geeft de marktaandelen van de vier grootste zorgaanbieders van een segment. In figuur 3.1 staan de resultaten voor de segmenten FPC's en GGZ-behandeling beveiligingsniveau 3.

Figuur 3.1. C4 concentratiegraad op basis van gecontracteerd budget[13]



Bron: DforZo

In figuur 3.1 is te zien dat de vier grootste zorgaanbieders van het segment FPC een gezamenlijk marktaandeel van 50% hebben. Dit betekent dat de andere 50% is verdeeld onder de overige negen zorgaanbieders binnen dat segment. De concentratiegraad in het segment van FPC's is stabiel.

In het segment GGZ beveiligingsniveau 3 is het gezamenlijke marktaandeel van de vier grootste zorgaanbieders afgenomen in de afgelopen jaren.

3.4.2 HHI index

De hoogte van de Herfindahl-Hirschman index (HHI index) wordt bepaald door de marktaandelen van alle aanbieders te kwadrateren en bij elkaar op te tellen. De waarde van de HHI index is tussen 0 en 10.000. De hoogste waarde geeft aan dat er maar één aanbieder op de markt is, terwijl lage waardes een indicatie zijn voor een concurrerende markt. Tabel 3.7 geeft de ontwikkeling van het HHI index per segment weer.

Tabel 3.7. HHI concentratiegraad op basis van gecontracteerd budget[14]

	2009	2010	2011	2012
FPC	1.017	998	996	1.004
GGZ-behandeling beveiligingsniveau 3	2.184	2.166	1.982	1.680

Bron: DForZo

[13] Gegevens van het Gevangeniswezen en het segment FPC betreffen realisatiecijfers exclusief DJI brede overhead. De FPC-gegevens voor 2012 zijn voorlopig.
[14] Gegevens van het Gevangeniswezen en het segment FPC betreffen realisatiecijfers exclusief DJI brede overhead. De FPC-gegevens voor 2012 zijn voorlopig.

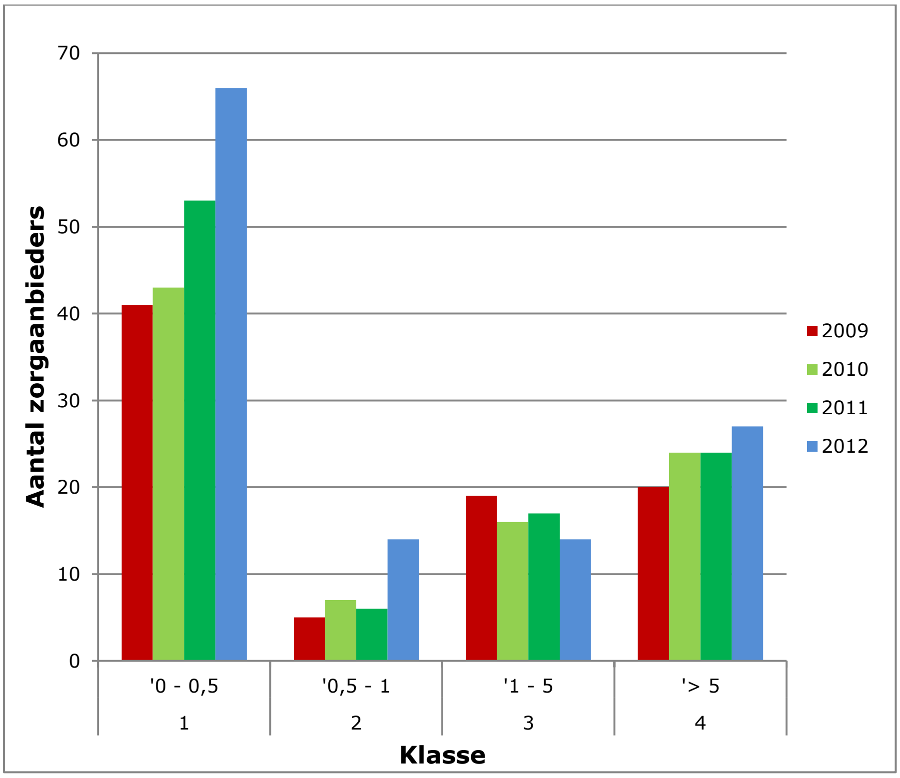
De NZa gaat er in de marktscans die zij publiceert van uit dat in de regel een concentratie een goede werking van de markt kan belemmeren, indien de HHI hoger is dan 2.000 punten. Wanneer de hoogte van de HHI lager is dan 1.000, wordt gesproken van een niet-geconcentreerde markt.[15]

Volgens de HHI index is er (van de landelijke segmenten) de meeste concurrentie binnen het segment FPC. De concentratiegraad van het segment GGZ-behandeling beveiligingsniveau 3 daalt en in de afgelopen twee jaar is deze onder de 2.000 punten.

3.5 Omvang zorgaanbieders

Figuur 3.2 geeft inzicht in de omvang van de zorgaanbieders over alle segmenten heen, waarbij het gerealiseerde budget is opgedeeld in vier klassen (€ 0 – 0,5 miljoen, € 0,5 – 1,0 miljoen etc.) en per klasse is aangegeven hoeveel zorgaanbieders de klasse bevat.

Figuur 3.2. Omvang zorgaanbieders (in miljoen euro) op basis van gerealiseerd budget[16]



Bron: DforZo

[15] In haar Richtsnoeren voor de beoordeling van horizontale fusies (2004/C 31/03) geeft de Europese Commissie aan dat het onwaarschijnlijk is dat zij bij het beoordelen van concentraties mededingingsbezwaren zal zien op een markt waar de HHI na de fusie minder dan 1.000 bedraagt. Het is evenzeer onwaarschijnlijk dat de Commissie bezwaren zal zien in geval van een fusie met een HHI na fusie tussen 1.000 en 2.000 en een delta van minder dan 250, of in geval van een fusie met een HHI van meer dan 2.000 en een delta van minder dan 150, behalve wanneer bijzondere omstandigheden zich voordoen.

[16] Gegevens over 2011 en 2012 zijn voorlopige cijfers. Realisatiecijfers van het Gevangeniswezen en het segment FPC zijn exclusief DJI brede overhead.

Het merendeel van de zorgaanbieders, heeft een budget in de laagste klasse, onder de half miljoen euro. Het aantal zorgaanbieders met een gerealiseerde omzet onder de € 1 miljoen stijgt het meest. In de klasse van € 5 miljoen en meer vallen de meeste FPC's.

3.6 Financiële positie zorgaanbieders

De solvabiliteit, de liquiditeit en het eigen vermogen geven een beeld van de financiële positie van de zorgaanbieders.

De financiële indicatoren worden vastgesteld op basis van gegevens van het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (JMV) en daarbij behorende gegevens uit het DigiMV. Hier worden gegevens verzameld op het hoogste niveau van de zorgaanbieder, het concernniveau. De meeste zorgaanbieders hebben echter een geringe omzet binnen de FZ. De financiële positie van deze zorgaanbieders wordt daarom sterker beïnvloed door hun activiteiten in de curatieve of langdurige GGZ dan in de forensische zorg. De financiële indicatoren in onderstaande tabellen moeten daarom vooral worden gezien als informatie over de rechtspersonen en zeggen in zeer geringe mate iets over de FZ.

3.6.1 Solvabiliteit zorgaanbieders

De solvabiliteit geeft inzicht in de mate waarin zorgaanbieders in de toekomst aan hun schulden kunnen voldoen.

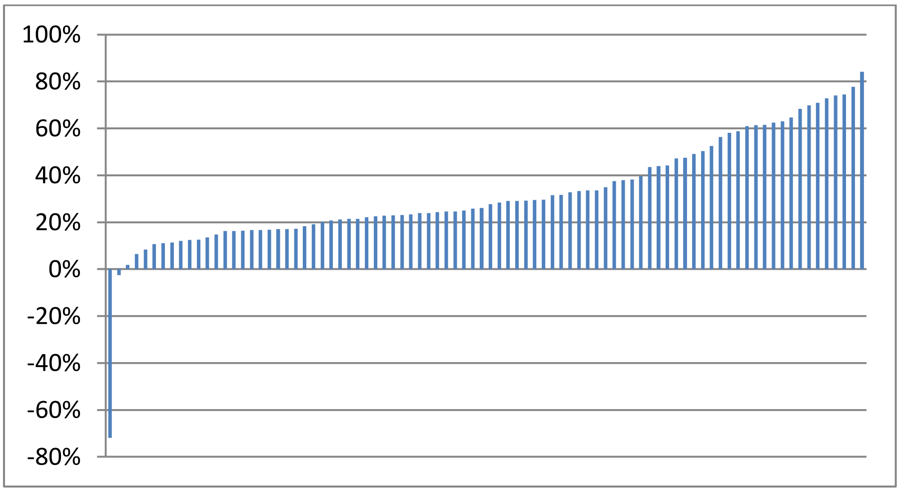
Tabel 3.8. Gemiddelde solvabiliteit

	2009	2010	2011
Solvabiliteit	19,6	21,0	24,2

Bron: DigiMV

De solvabiliteit is de uitkomst van het eigen vermogen gedeeld door het balans totaal. In 2011 bedraagt de gemiddelde gewogen solvabiliteit 24,2% van het balanstotaal.

Figuur 3.3. Solvabiliteit FZ-aanbieders



Bron: DigiMV

Bovenstaande grafiek geeft de spreiding weer van de solvabiliteit van GGZ-concerns die forensische zorg leveren. In de grafiek stelt elke staaf een instelling voor met de bijbehorende solvabiliteit, geordend van laag naar hoog.

Een andere manier om de solvabiliteit te waarderen is de verhouding van het eigen vermogen ten opzichte van de omzet. Hiermee wordt de omvang van de eigen buffer aangegeven ten opzichte van de exploitatie. Door de stichting Waarborgfonds voor de Zorgsector (Wfz) wordt als vuistregel een percentage van 15% gehanteerd. Uit de balansposities en omzet gegevens over 2011 blijkt voor de zorgaanbieders die forensische zorg leveren een percentage van 18,8%.

3.6.2 Liquiditeit zorgaanbieders

De liquiditeit geeft de mate weer waarin een aanbieder in staat is op korte termijn aan haar verplichtingen te voldoen.

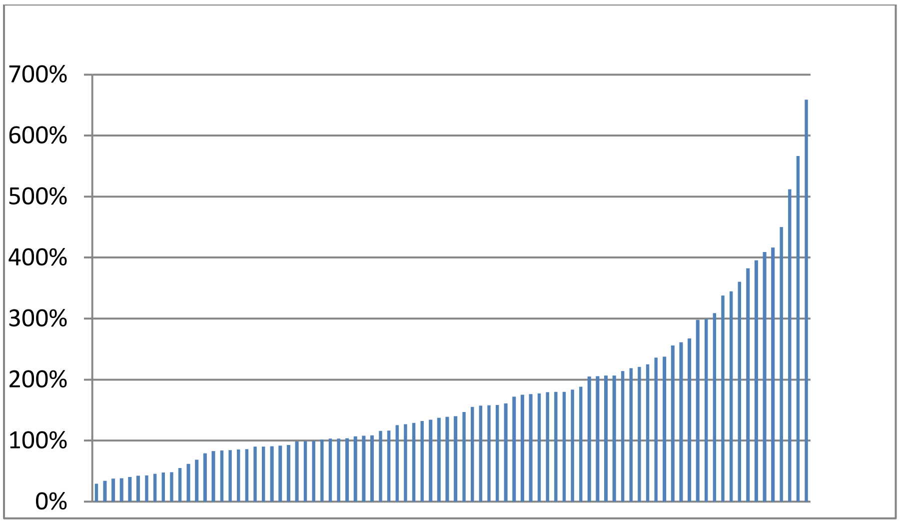
Tabel 3.9. Gemiddelde liquiditeit

	2009	2010	2011
Liquiditeit	88,0	102,9	105,6

Bron: DigiMV

De liquiditeit is de uitkomst van de totale vlottende activa gedeeld door de kort lopende schulden en overlopende passiva. Deze methode wordt ook wel de "current ratio" genoemd waarbij de voorraden in de activa worden meegenomen. De gewogen gemiddelde liquiditeit ultimo 2011 bedraagt 105,6% van de kort lopende schulden hetgeen betekent dat er een positieve liquiditeit is.

Figuur 3.4. Liquiditeit zorgaanbieders



Bron: DigiMv

Bovenstaande grafiek geeft de spreiding weer van de liquiditeit van GGZ-concerns die forensische zorg leveren. In de grafiek stelt elke staaf een instelling voor met de bijbehorende liquiditeit, geordend van laag naar hoog.

3.6.3 Gemiddeld eigen vermogen

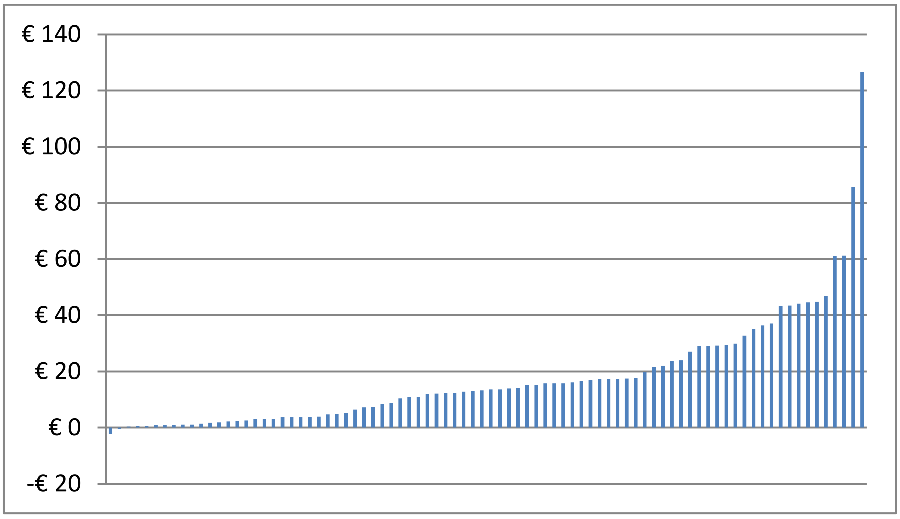
In tabel 3.10 is het gemiddelde eigen vermogen weergegeven. Het gemiddeld eigen vermogen van zorgaanbieders die forensische zorg leveren bedraagt ultimo 2011 € 18,0 miljoen.

Tabel 3.10. Gemiddeld eigen vermogen

	2009	2010	2011
Eigen vermogen (in miljoenen €)	15,4	17,2	18,0

Bron: DigiMV

Figuur 3.5. Eigen vermogen zorgaanbieders (€ x 1.000.000)



Bron: DigiMV

Bovenstaande grafiek geeft de spreiding weer van het eigen vermogen van GGZ-concerns die forensische zorg leveren (in miljoenen). In de grafiek stelt elke staaf een instelling voor met het bijbehorend eigen vermogen, geordend van laag naar hoog.

Uit bovenstaande tabellen en figuren kan worden opgemaakt dat zorgaanbieders gemiddeld genomen hun financiële positie ten aanzien van solvabiliteit, liquiditeit en eigen vermogen sinds 2009 hebben weten te verbeteren.

4. Marktgedrag

In dit hoofdstuk worden indicatoren besproken die ingaan op het marktgedrag. Hierbij wordt het proces van zorginkoop beschreven. Verder wordt de inhoud van de contracten tussen partijen in 2012 weergegeven. Deze weergave kan gezien worden als een nulmeting voorafgaand aan de invoering van de prestatiebekostiging.

4.1 Zorginkoop

Het budget van een zorgaanbieder komt tot stand op basis van afspraken in het jaar t-1. Het startbudget (afspraken op het moment van herschikking jaar t-1) voor de klinische afspraken wordt verlaagd met 2,5% en met 10% voor ambulante afspraken. Deze korting geldt niet voor productieafspraken met betrekking tot capaciteit voor TBS met dwangverpleging en de twee specifieke aanbestedingscontracten. Om in 2012 op 100% van t-1 (2011) te komen zal een zorgaanbieder moeten voldoen aan bepaalde voorwaarden en kwaliteits- en verantwoordingscriteria. Deze criteria zijn opgenomen in het zogenaamde "Beoordelingskader startbudget". Deze criteria gaan in op:

- Recidivevermindering
- Ketensamenwerking tijdens de strafrechtelijke titel en continuïteit van zorg voorafgaand, tijdens en na afloop van de strafrechtelijke titel
- Uitkomsten van zorg (prestatie-indicatoren Zichtbare Zorg en Routine Outcome Monitoring)
- Kwaliteitsbeleid

Om in aanmerking te komen voor groei, zijn in het beoordelingskader aanvullende criteria opgenomen. Deze gaan in op wachtlijsten, behoefte, behandel/begeleiding/zorgaanbod, instroom, (f)ACT en/of Outreachende multidisciplinaire behandeling/begeleiding en afspraken met penitentiaire instellingen.[17]

DForZo koopt FZ in op basis van DBBC's, ZZP's, extramurale AWBZ-parameters en budgetparameters. De door de zorgaanbieder ingediende offerte (in DBBC's) is de basis voor de inkoop en financiering (registratie, validatie en facturatie). De zorgaanbieders dienen in DBBC's te factureren. De maandelijkse verantwoording en afrekening (bekostiging) vindt plaats op basis van budgetparameters. Financiering op basis van ZZP's en extramurale AWBZ-parameters is voor de groep cliënten die alleen begeleiding (met en zonder verblijf) ontvangen en voor zorg aan verstandelijk gehandicapten. De zorgaanbieder kan niet meer budget ontvangen dan werkelijk in budgetparameters is gerealiseerd. Overproductie wordt in beginsel niet gehonoreerd en onderproductie wordt nagecalculeerd.

4.1.1 Bevoorschotting en declaratie

Het ministerie van VenJ bevoorschot alle gecontracteerde zorgaanbieders. In 2012 wordt tot maximaal 50% van de gemaakte DBBC inkoopafspraken bevoorschot. Hiermee wil VenJ de DBBC-offerte en de kwaliteit daarvan centraal stellen. Het overgebleven percentage (minimaal 50% van de DBBC offerte) kan door de zorgaanbieder worden verkregen middels het indienen van DBBC facturen. Zorgaanbieders die declareren in ZZP's en/of extramurale AWBZ-parameters ontvangen

[17] Handleiding Inkoop Forensische Zorg 2012, Dienst Justitiële Inrichtingen, p. 11 en bijlage 5.

maandelijks 1/12e van de gemaakte productieafspraken in budgetparameters. Maandelijks moeten de zorgaanbieders hun realisatiegegevens in ZZP's en extramurale AWBZ-parameters bij het ministerie aanleveren.[18]

4.2 Contractdifferentiatie

Bij de inkoop van FZ in 2012 werd van vijf verschillende soorten contracten gebruik gemaakt, namelijk:
- Regulier contract
- Lichte variant
- Declaratieovereenkomst
- Aanbesteding JVZ: Justitiële Verslavingszorg
- Aanbesteding FZG: uitbreiding tijdelijke capaciteit Forensische Zorg aan Gedetineerden

Naast deze vijf verschillende soorten contracten vindt er bekostiging plaats op basis van subsidieverlening, normtarieven en tenders.
In tabel 4.1 staat het aantal van elk soort contract dat wordt afgesloten. Een zorgaanbieder kan meerdere contracten tegelijkertijd hebben lopen, bijvoorbeeld een regulier contract en een aanbesteding.

Tabel 4.1. Overzicht contracten en overige bekostiging

	2011	2012
Aanbesteding FZG	9	8
Aanbesteding JVZ	10	10
Declaratieovereenkomst	8	9
Lichte variant	52	65
Regulier contract	35	43
Normtarieven en aanbesteding PPC	12	9
Subsidie en tender TBS	32	35
Totaal	158	179

Bron: DForZo

In tabel 4.2 is per contractsoort het percentage van de totale omzet weergegeven. Hierin is te zien dat de omzet van subsidies en tenders voor TBS, meer dan de helft van de totale omzet beslaat.

Tabel 4.2. Omzet per contractsoort als % van de omzet

	2011	2012
Aanbesteding FZG	4,42%	4,62%
Aanbesteding JVZ	1,14%	1,12%
Declaratieovereenkomsten	0,05%	0,03%
Lichte variant	10,21%	10,46%
Regulier contract	16,17%	19,96%
Normtarieven en aanbesteding PPC	14,12%	13,47%
Subsidie en tender TBS	53,89%	50,32%
Totaal	100,00%	100,00%

Bron: DForZo

[18] Handleiding Inkoop Forensische Zorg 2012, Dienst Justitiële Inrichtingen, p. 21-27 en bijlage 2.

Hieronder staan van elk soort contract de belangrijkste kenmerken vermeld[19].

4.2.1 Reguliere contract

Het inkoopcontract 'regulier contract' geldt voor een duur van één jaar. Daarin zijn naast algemene bepalingen, definities, wet- en regelgeving, vrijwaring en plaatsing en zorgverlening, vijf hoofdonderwerpen opgenomen, met daarin diverse bepalingen. In tabel 4.3 zijn de hoofdonderwerpen opgenomen met de daarbij horende bepalingen. Opvallend is dat een aantal bepalingen die ingaan op de productieverantwoording en informatieverschaffing onder verantwoording de vereisten onder registratie en onderlinge informatieverschaffing overlappen.

Tabel 4.3. Bepalingen regulier contract

Hoofdonderwerp	Inhoud bepalingen
Kwaliteit en veiligheid	- Toelating - Kwaliteitssysteem - Beveiligingsplan - Veiligheidsprotocollen - Verantwoordelijkheid
Registratie en onderlinge informatieverschaffing	- Verschaffen/ verstrekken inlichtingen en gegevens (met name productiegegevens) - Medewerking rechtmatigheids- en doelmatigheidsonderzoeken - Uitbesteding - Voorwaarden mediacontact - Overgang van behandeling cliënten onder aanbesteding naar regulier contract
Declaratie en betaling	- Inhoud offerte - Administratie en facturatie DBBC's, ZZP's en extramurale parameters - Betaling - Bevoorschotting - Substitutie - Herschikking
Verantwoording	- Repad (productie-aanlevering) - WTZi - AO/IC - Waarmerking accountant - Onderhanden werk - Afrekening productieafspraken - Nacalculatie - Jaarrekening - Prestatie-indicatoren Zichtbare Zorg - Aanlevering middels DigiMV
Controle	- Materiële controle - AO/IC - Inzage zorgplannen en zorgdossiers - Toegang Inspectie van Sanctietoepassing - Overlegmomenten - Boetes en geschillen

Bron: Voorbeeldcontract DForZo

[19] Voorbeeld contracten van DForZo.

4.2.2 Lichte variant

Zorgaanbieders waarbij de productie van FZ in een strafrechtelijk kader in 2012 de € 500.000,– niet te boven gaat, komen in aanmerking voor de contractvorm 'lichte variant'. Mocht dit bedrag worden overschreden gedurende de contractduur (één jaar), gaan partijen met elkaar in overleg over de wijze waarop hiermee wordt omgegaan. Het verschil tussen het reguliere contract en de lichte variant is dat een zorgaanbieder bij de lichte variant geen integraal beveiligingsplan hoeft op te stellen. De voorschotten kunnen wel bevroren worden bij niet naleving van de aanlevering van productiegegevens. Er zal geen neerwaartse bijstelling bij de herschikking plaats vinden. De jaarlijkse registratie van prestatie-indicatoren Zichtbare Zorg en aanlevering bij DigiMV is vrijblijvend en op facultatieve basis.

4.2.3 Declaratieovereenkomst

Aan een declaratieovereenkomst is op voorhand geen concrete productieafspraak gekoppeld. Er wordt een maximaal te declareren bedrag afgesproken, wat nooit meer dan € 100.000 op jaarbasis kan zijn. De doelstelling van deze contractvorm is dat de doorstroom van cliënten met een strafrechtelijke titel in de keten wordt vergemakkelijkt en de drempel wordt verlaagd om FZ-zorg te leveren. Een declaratieovereenkomst geldt eveneens voor de duur van maximaal één jaar. Als de afspraken worden voorgezet, dan zal tot een licht of regulier contract worden overgegaan.[20]
Bij een declaratieovereenkomst hoeft een zorgaanbieder geen integraal beveiligingsplan op te stellen en worden er geen of minimale vereisten gesteld aan de registratie, onderlinge informatieverschaffing, declaratie, betaling, verantwoording en overleg. Wel zijn een aantal bepalingen opgenomen die ingaan op de prijs en overige financiële bepalingen.

4.2.4 Aanbesteding Justitiële Verslavingszorg

Een aanbestedingscontract JVZ (aanbesteding van ambulante FZ voor justitiabelen met een co-morbide problematiek) is in 2009 met een beperkt aantal aanbieders afgesloten. Deze aanbesteding is tot stand gekomen op basis van gezamenlijk beleid van VWS en VenJ. Het doel van dit aanbestedingstraject is de inkoop van effectieve zorg die in aard en omvang is afgestemd op de meervoudige zorgbehoeften van verslaafde justitiabelen die in het kader van een voorwaardelijke strafrechtelijke titel naar ambulante zorg worden toegeleid. Op het moment van de start van deze aanbesteding was er onvoldoende wetenschappelijk onderbouwde zorg ontwikkeld voor genoemde doelgroep. Daarom is tevens als doel gesteld een stimulans te geven aan de verdere ontwikkeling van effectieve, multidisciplinaire en wetenschappelijk onderbouwde zorgprogramma's en gedragsinterventies.[21] Een groot verschil ten opzichte van de andere contracten is dat de looptijd van deze aanbesteding vier jaar betreft. De bepalingen die ingaan op kwaliteit, veiligheid, declaratie en betaling zijn minimaal.

---

[20] Handleiding Inkoop Forensische Zorg 2012, Dienst Justitiële Inrichtingen, p. 45.
[21] Beschrijvend document Aanbesteding ambulante forensische zorg voor justitiabelen met co-morbide problematiek 2008, Directie Forensische Zorg, p.6.

Er is een aantal bepalingen opgenomen die ingaan op tarieven en facturering. De bepalingen voor de registratie, onderlinge informatieverschaffing, verantwoording en controle zijn redelijk vergelijkbaar met een regulier contract. Opvallend is dat er een aantal sancties worden benoemd en er meer overleg gevoerd wordt tussen partijen dan bij de andere contracten.

4.2.5 Aanbesteding uitbreiding tijdelijke capaciteit Forensische Zorg aan Gedetineerden

Het aanbestedingscontract FZG (aanbesteding tijdelijke uitbreiding tijdelijke capaciteit FZ aan gedetineerden in de GGZ) is in 2008 met een beperkt aantal aanbieders afgesloten. Deze aanbesteding maakt deel uit van het project FZ aan Gedetineerden (FZG). Het doel van deze aanbesteding is het creëren van kwalitatief goede, klinische zorgplaatsen voor psychisch gestoorde gedetineerden binnen de GGZ. De zorgplaatsen zijn bestemd voor die doelgroep in het gevangeniswezen die wel een zorgbehoefte heeft, maar waar niet aan kan worden voldaan.
Ook dit aanbestedingscontract heeft een langere duur, namelijk ruim acht jaar (18 september 2008 tot 31 december 2016). Deze aanbesteding is qua bepalingen in het contract redelijk vergelijkbaar met het aanbestedingscontract JVZ. Op de volgende punten zijn zij verschillend:

- De bepalingen die ingaan op het besteden van aandacht aan de speerpunten die door de Minister zijn opgesteld.
- Het recht om aanvullende eisen te stellen aan huisvesting en brandveiligheid.
- Verminderde administratieve lasten wat betreft het jaardocument maatschappelijke verantwoording en aanlevering gegevens invoeringsscenario’s DBBC’s.
- Opname boetebeding.
- In de bepalingen is opgenomen dat het toegewezen budget volledig voor FZ wordt aangewend.

4.2.6 Tender, subsidie en normtarieven

Tenders en aanbestedingen zijn synoniemen voor elkaar. Het gaat om tijdelijke capaciteit (intramuraal of ambulant) welke middels een separate geldstroom bekostigd wordt en waarvoor separaat verantwoording dient te worden afgelegd binnen VenJ. Voor TBS wordt de term tender gehanteerd en voor JVZ en FZG de term aanbesteding. Sinds de start van de inkoop van FZ door DForZo is men de term ‘aanbestedingen’ gaan gebruiken. Feitelijk zijn tenders en aanbestedingen meerjarenovereenkomsten en zegt daarbij de term aanbesteding/tender iets over de wijze waarop de afspraken tot stand komen. TBS wordt (vooralsnog) bekostigd via twee separate geldstromen: een subsidie voor basiscapaciteit bij de FPC’s en via tenders voor tijdelijke capaciteit bovenop de basiscapaciteit.
Ook PPC’s worden middels een dergelijke separate geldstroom bekostigd, waarvoor de term normtarieven wordt gehanteerd. Een voorbeeld van een subsidie, tender of normtarieven is niet inzichtelijk, waardoor er geen beschrijving van de strekking van de opgenomen bepalingen gegeven kan worden.

4.2.7 Pilot

Naast deze verschillende contracten bestaat de mogelijkheid zorg af te spreken middels een pilotproject. Er bestaat een pilot Transmuraal Verlof, Uitbreiding TBS-capaciteit III en Verdiepingsdiagnostiek. Pilots worden gebruikt om projecten te financieren/aan te duiden en worden meestal binnen reguliere contracten afgesproken. Een pilot gaat niet per definitie gepaard met (extra) financiële middelen. Het kan ook gaan om een aanpassing van bepaalde (werk)afspraken. Een pilot dient als proeftuin om deze vervolgens bij geslaagde uitkomst verder uit te rollen in de FZ.

5. Kwaliteit

In de vorige twee hoofdstukken is de marktstructuur en het marktgedrag beschreven. Marktstructuur en marktgedrag zijn van invloed op de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van een markt.

In dit hoofdstuk komen achtereenvolgens kwaliteitsborging, toezicht op kwaliteit en klachten aan bod.

5.1 Kwaliteitsborging

5.1.1 Kwaliteitskeurmerken

De door DForZo ingekochte forensische zorg in een strafrechtelijk kader dient te voldoen aan de Kwaliteitswet Zorginstellingen. DForZo contracteert uitsluitend zorgaanbieders met een WTZi-erkenning waarop de Kwaliteitswet Zorginstellingen en/of de Wet BIG van toepassing is. De zorgaanbieder dient te beschikken over een HKZ of ISO 9001 kwaliteitskeurmerk. Van de zorgaanbieders die het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording 2011 in hebben gevuld, heeft een zorgaanbieder aangegeven niet in het bezit te zijn van een kwaliteitskeurmerk.

5.1.2 Programma Kwaliteit Forensische Zorg (KFZ)

Kwaliteitsontwikkeling en verbetering van transparantie in de FZ vindt onder andere plaats via het meerjarenprogramma Kwaliteit Forensische zorg (KFZ). Dit programma is een initiatief van de FZ sector in samenwerking met DForZo en GGZ Nederland en is in 2011 opgestart. Op basis van innovatiegelden stelt het ministerie van Veiligheid en Justitie hier (in ieder geval tot en met 2017) tweejaarlijks € 1,4 miljoen voor beschikbaar[22]. Met behulp van resultaten uit dit programma wordt beoogd de kwaliteit van zorg zichtbaar te maken door onder andere toepassing van Routine Outcome Monitoring (ROM). Doelen van dit meerjarenprogramma zijn[23]:

- De kwaliteit van de FZ ontwikkelen en verbeteren.
- De kwaliteit van de FZ zichtbaar maken aan de hand van objectieve en eenduidig gedefinieerde indicatoren op het punt van recidive, incidenten, instroom, doorstroom en uitstroom.
- Het scheppen van voorwaarden voor en het stimuleren van de implementatie van de producten die binnen het KFZ-programma zijn ontwikkeld.

De prestaties van de zorgaanbieders worden sector breed inzichtelijk gemaakt en in de toekomst in de inkoop van zorg gebruikt. Ook zal op middellange termijn (2-5 jaar) het in KFZ ontwikkelde en getoetste zorgaanbod door DForZo verplicht worden gesteld in de inkoop[24].

---

[22] Ministerie VenJ (2013).Meerjarenovereenkomst forensische zorg 2013-2017.
[23] www.kfz.nl.
[24] Bron: DForZo.

5.1.3 Kwaliteitsindicatoren

Om de transparantie binnen de sector te vergroten leveren de zorgaanbieders met een WTZi-erkenning prestatie-indicatoren aan bij Zichtbare Zorg (ZiZo)[25]. Vanaf 2010 wordt gebruik gemaakt van een specifieke Subset Forensische Zorg. In de jaren daarvoor maakten de prestatie-indicatoren voor forensische zorgaanbieders onderdeel uit van de Kernset GGZ.

De Subset Forensische Zorg is vanaf 2010 doorontwikkeld en aangepast. Een aantal indicatoren komt jaarlijks terug in de subset. Het gaat hierbij om de volgende indicatoren:
- Verandering van de ernst van de problematiek bij cliënten
- Afname delict risico bij cliënten
- Recidive tijdens de strafrechtelijke titel
- Drop-out
- Medicatieveiligheid
- Separatie/insluiting
- Somatische screening
- Geweldsincidenten

Uit tabel 5.1 blijkt dat vanaf 2009 het aantal zorgaanbieders dat prestatie-indicatoren aanlevert is toegenomen.

Tabel 5.1. Aanlevering prestatie-indicatoren Zichtbare Zorg

	2009	2010	2011	2012
Aantal zorgaanbieders dat zizo-indicatoren heeft aangeleverd	21	27	29	32

Bron: Zichtbare Zorg

In vergelijking met het totaal aantal aanbieders dat verplicht is gesteld om aan te leveren (totaal 60 in 2012), is het aantal dat daadwerkelijk de indicatoren heeft aangeleverd relatief laag.

Niet voor alle zorgaanbieders geldt dat zij verplicht zijn om de indicatoren aan te leveren. Tussen 2009 en 2011 is op concernniveau aangeleverd. In 2012 is op locatieniveau aangeleverd. Voor zorgaanbieders met een regulier contract die in DBBC's factureren, staat de verplichting opgenomen in hun contract.

De zorgaanbieders die aan moeten leveren, worden hierover op verschillende wijzen geïnformeerd; per brief, via de website www.forensischezorg.nl, via de nieuwsbrief van DForZo en de nieuwsbrief van GGZ Nederland. Voor de FPC's vormen de resultaten op de prestatie-indicatoren Forensische Psychiatrie onderwerp van gesprek in de jaarverslag- en jaarplangesprekken. Ook bij de andere zorgaanbieders is dit onderwerp van gesprek.

De FPC's leveren naast de bovengenoemde subset Forensische Zorg een aantal extra prestatie-indicatoren aan bij DJI. Driemaal per jaar worden DJI-brede indicatoren aangeleverd en eenmaal per jaar worden extra prestatie-indicatoren aangeleverd die gericht zijn op doelmatigheid.

[25] Per 1 januari 2013 is Zichtbare Zorg opgenomen in het Zorginstituut Nederland. DForZo is nu (samen met veldpartijen) verantwoordelijk voor het verzamelen, verwerken en bewerken van kwaliteitsdata, maar ook voor de verdere doorontwikkeling van de prestatie-indicatoren voor de FZ.

5.1.4 Innovatie

Op jaarbasis is in de jaren 2009-2012 € 1.000.000,– aan innovatiebudget beschikbaar gesteld. Dit budget wordt vanaf 2011 uitgezet via de koepels GGZ Nederland, Federatie Opvang en Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, naar rato van omvang van het contract met DForZo van de desbetreffende sector. GGZ Nederland is hierin de grootste partij. GGZ Nederland gebruikt de innovatiegelden ten behoeve van het Kwaliteitsprogramma Forensische Zorg.

5.2 Toezicht op kwaliteit

5.2.1 Toezicht IGZ

De IGZ houdt toezicht op de individuele kwaliteit van zorgaanbieders. De IGZ legt corrigerende maatregelen op als risico's op niet-verantwoorde zorg (te) hoog zijn en de situatie niet langer kan voortbestaan[26].

Indien sprake is van een inspectierapport van de IGZ, worden de uitkomsten besproken met de zorgaanbieder. Afhankelijk van de aard van de eventuele aanbevelingen wordt de uitvoering hiervan gemonitord door DForZo. In de jaren 2009-2012 heeft geen van de zorgaanbieders die forensische zorg leveren onder verscherpt toezicht gestaan of heeft een corrigerende maatregel gekregen.

In 2008/2009 heeft de IGZ een (vervolg)onderzoek uitgevoerd naar het kwaliteitsbeleid, de kwaliteit van de psychiatrische en psychosociale behandeling en begeleiding, en die van de medische en farmacotherapeutische zorg in FPC's. De IGZ heeft naar aanleiding van dit onderzoek geconcludeerd dat de organisatie en de kwaliteit van zorg in FPC's ten opzichte van 2005 is verbeterd[27].
In 2010 en 2011 heeft de IGZ de PPC's bezocht om zicht te krijgen op de psychiatrische zorg voor gedetineerden die binnen de PPC's geleverd wordt. Alle PPC's voldeden aan de normen voor verantwoorde zorg[28].

5.2.2 IvenJ

De Inspectie Veiligheid en Justitie (IvenJ) bestaat sinds 2012 en is voortgekomen uit een samenvoeging van de Inspectie Openbare Orde en Veiligheid en de Inspectie voor de Sanctietoepassing (Ist). De Inspectie Veiligheid en Justitie ziet in de eerste plaats toe op de uitvoering van de taken van organisaties en besturen op het gebied van Veiligheid en Justitie.

In 2010 publiceerde de Ist de resultaten van acht doorlichtingen van FPC's in een samenvattend inspectiebericht over FPC's[29]. Dit heeft geleid tot een vervolgonderzoek.

---

[26] IGZ, IGZ handhavingskader, Richtlijn voor transparante handhaving, Den Haag 12 december 2008, pag. 16.
[27] IGZ (2009). Vervolgonderzoek TBS-klinieken. 'Van veilig bewaken naar veilig handelen.'
[28] IGZ (2011). Penitentiaire Psychiatrische Centra leveren kort na opening verantwoorde zorg.
[29] Ist, De tenuitvoerlegging van de TBS-maatregel, december 2009.

Uit het jaarbericht van Ist van 2011[30] blijkt dat in dat jaar 4 zorgaanbieders voor forensische zorg (2FPC's en 2FPK's) zijn doorgelicht. Bij de doorlichting vond de inspectie dat de zorgaanbieders goed waren toegerust. Wel hadden zij een lange duur van afhandeling van klachten. De inspectie was kritisch over de interne veiligheid. In 2012 zijn nog twee FPK's doorgelicht. De inspectie was overwegend positief.

5.3 Klachten

Klachten vormen een onderdeel van het jaarverslag maatschappelijke verantwoording. Omdat dit jaarverslag veelal op (GGZ-)concernniveau wordt aangeleverd, zijn specifieke FZ klachten niet van alle zorgaanbieders inzichtelijk. Klachten worden ook niet door alle FZ aanbieders geregistreerd in een centraal systeem. In deze marktscan zijn daarom alleen de klachten over FPC's opgenomen.

In de tabel is te zien dat het aantal ingediende klachten en het percentage gegrond verklaarde klachten over FPC's tussen 2009 en 2011 zijn afgenomen en in 2012 flink is toegenomen. Dit terwijl het gemiddelde aantal cliënten tussen 2009 en 2012 is afgenomen.

Tabel 5.2. Klachten FPC's

	2009	2010	2011	2012*
Aantal ingediende klachten	157	141	124	147
% Gegrond verklaarde klachten	9,21	8,1	7,59	9,32
Gemiddelde aantal cliënten[31]	1.704	1.731	1.641	1.577

* het gaat om voorlopige cijfers
Bron: DForZo

[30] ISt, jaarbericht 2011, verschenen 3 april 2012.
[31] Let op: één klacht staat niet voor één persoon. Het is mogelijk dat één persoon meerdere klachten indient.

6. Toegankelijkheid

Toegankelijkheid van zorg is één van de drie consumentenbelangen die de NZa centraal stelt in haar beleid. In dit hoofdstuk wordt aandacht besteed aan wachttijden in het algemeen, het aantal TBS passanten en de gemiddelde wachttijd voor TBS passanten. Daaropvolgend komen de capaciteitsontwikkeling en de bezettingsgraad van bedden aan bod.

6.1 Wachttijden

In 2010 is het beleidskader plaatsing gepubliceerd, waarin normen voor maximale wachttijden staan vermeld[32]. Wachttijd wordt gedefinieerd als tijd tussen intake en daadwerkelijke plaatsing en de tijd tussen indicatie en daadwerkelijke plaatsing. Bij ambulante zorgaanbieders is er nauwelijks sprake van een wachttijd. Zorg start in de meeste gevallen onmiddellijk. Bij klinische zorg is het uitgangspunt directe plaatsing vanuit detentie, voorlopige hechtenis of na vonnis (onvoorwaardelijke sancties). Wanneer dit niet mogelijk is moet de cliënt binnen een maximale wachttijd geplaatst worden. Het gehele proces van aanhouding tot zitting mag niet meer dan 13 weken in beslag nemen. Voor TBS met dwang geldt dat de cliënt binnen 30 werkdagen (aansluitend op detentie) opgenomen moet zijn.

6.2 TBS-passanten

In onderstaande tabel wordt ingegaan op het gemiddeld aantal TBS-passanten. Dit zijn TBS-gestelden waarvan de TBS-termijn is begonnen en die in een penitentiaire instelling wachten op opname in een FPC.

Tabel 6.1. Gemiddeld aantal TBS-passanten

	2009	2010	2011	2012
Gemiddeld aantal TBS-passanten	76	33	24	27

* Het betreft een gemiddelde van 12-maandscores.

Bron: DJI, 2013. Forensische zorg in getal

In onderstaande tabel wordt de gemiddelde totale duur van de wachttijd weergegeven in dagen, vanaf de eerste dag dat TBS-gestelden in een penitentiaire instelling wachten totdat zij in een FPC worden geplaatst.

Tabel 6.2. Gemiddelde totale wachttijd passanten

	2009	2010	2011	2012
Gemiddelde wachttijd in dagen	261	135	124	88

Bron: DJI, 2013. Forensische zorg in getal

[32] Directoraat-generaal preventie, jeugd en sancties (2010). Beleidskader plaatsing Forensische Zorg 2010/2011.

6.3 Capaciteitsontwikkeling

Onderstaande tabel geeft het aantal ingekochte bedden per segment weer. Ambulante zorg is logischerwijs niet in deze tabel opgenomen omdat deze zorg extramuraal plaatsvindt. Het segment GGZ-begeleiding omvat naast ambulante begeleiding ook beschermd wonen (RIBW) waarvan de ingekochte bedden in de tabel staan. In het segment VG begeleiding bieden SGLVG-instelling niet alleen ambulante begeleiding maar ook begeleiding met verblijf aan (deze staat in de tabel).

Tabel 6.3. Aantal ingekochte bedden per segment

Segment	2009	2010	2011	2012
VG-behandeling beveiligingsniveau 2	57	85	119	136
VG-begeleiding	11	20	47	68
GGZ-behandeling beveiligingsniveau 3	163	177	245	312
GGZ-behandeling beveiligingsniveau 2	320	383	415	465
GGZ-behandeling beveiligingsniveau 1	259	262	240	208
GGZ-begeleiding	233	256	301	443
FPC (excl. reserve capaciteit)	2.084	2.156	2.062	1.976
Zorg aan gedetineerden in PPC's*	194**	700	700	692

* Gerealiseerd aantal bedden; eventuele reservecapaciteit dus niet meegeteld

** Naar DForZo overgehevelde gedeelte

Bron: DForZo

Het aantal ingekochte bedden is over het algemeen toegenomen tussen 2009 en 2012. De toename varieert sterk. VG-begeleiding kende een verzesvoudiging van 2009 tot 2012 terwijl GGZ-behandeling op beveiligingsniveau 2 'slechts' 45% toenam. Voor FPC's (excl. reservecapaciteit) en voor GGZ behandeling op beveiligingsniveau 1 is het aantal bedden gedaald met respectievelijk 5% en 20%.

6.4 Bezettingsgraad bedden

Onderstaande tabel geeft de bezettingsgraad (ratio tussen afgesproken capaciteit en geleverde zorg) weer. Voor segmenten waar ambulante zorg wordt geleverd wordt deze indicator logischerwijs niet berekend.

Tabel 6.4. Bezettingsgraad per segment

Segment		2009	2010	2011*	2012*
Zorg aan gedetineerden in PPC's		nb	74,3%	83,9%	89,7%
FPC		94,6%	91,9%	92%	90%
Overige FZ	GGZ-Begeleiding	70,7%	86,4%	100,0%	84,2%
	GGZ-behandeling beveiligingsniveau 1	93,3%	85,8%	91,5%	94,4%
	GGZ-behandeling beveiligingsniveau 2	90,1%	96,6%	87,4%	89,3%
	GGZ-behandeling beveiligingsniveau 3	95,9%	96,2%	95,4%	100,0%
	VG-begeleiding	69,7%	100,0%	79,1%	68,5%
	VG-behandeling beveiligingsniveau 2	93,1%	99,8%	81,2%	82,9%

* Voorlopige gegevens in Overige FZ
Bron: DForZo

De bezettingsgraad schommelt in elk segment. In het segment VG begeleiding is een opvallende daling te zien in de afgelopen twee jaar.

6.5 Toegankelijkheid van GGZ na FZ

FPA's en FPK's zijn een onderdeel van GGZ aanbieders en zijn bedoeld om de GGZ toegankelijker te maken voor cliënten uit de FZ. In het verleden (2003) heeft de IGZ geoordeeld dat de toegankelijkheid van de GGZ na FZ onvoldoende plaatsvond. Een capaciteitstekort bij de GGZ en het ontbreken van een vangnetconstructie bij terugval waren daar toen mede debet aan. Ook het vrijwillige karakter van GGZ ten opzichte van de verplichte FZ speelde een belangrijke rol.

Voldoende capaciteit binnen de GGZ, de mogelijkheid om terug te keren naar de FZ en verplichte GGZ zijn voorwaarden voor een goede aansluiting tussen de FZ en de GGZ. Om dit te faciliteren zijn vanuit de wetgever hiervoor twee wetten in voorbereiding: de Wet Forensische Zorg (Wfz) en de Wet verplichte Geestelijke Gezondheidszorg (WvGGZ). Door de WvGGZ wordt verplichte GGZ mogelijk voor zowel een opname, als voor een ambulant traject. Het doel hiervan is dat verplichte zorg meer op maat gegeven kan worden. Daarnaast is de nieuwe wet WvGGZ met name gericht op voorkomen van verplichte opname binnen de FZ doordat verplichte opname in de GGZ mogelijk wordt gemaakt.

Met de invoering van deze wetten wordt het (op last van de rechter) mogelijk om in elke fase van het strafrechtelijk traject te kiezen voor een behandeling in de geestelijke gezondheidszorg. De toegankelijkheid van GGZ na FZ wordt daarmee vergroot wat de continuïteit van zorg voor dergelijke cliënten, ook buiten de FZ, ten goede komt.

7. Betaalbaarheid

In dit hoofdstuk ligt de nadruk op de betaalbaarheid van FZ. Achtereenvolgens komen de volgende onderwerpen aan bod: realisatie budget totaal en per segment, volumeontwikkeling, onder/overproductie en kosten per verpleegdag.

7.1 Realisatie budget

De onderstaande tabel geeft de omzetontwikkeling in de forensische zorg weer. Voor de jaren 2009 en 2010 zijn de gegevens definitief terwijl de gegevens over 2011 en 2012 nog voorlopig zijn. Realisatie cijfers van het Gevangeniswezen (in het segment Zorg aan gedetineerden in PPC's) en die van FPC's zijn exclusief de DJI brede overhead.

Tabel 7.1. Realisatie budget 2009-2012 (miljoen euro's)

	2009	2010	2011	2012
Overige FZ				
GGZ ambulante behandeling	30,22	34,15	36,42	42,69
GGZ-begeleiding	12,54	16,08	20,54	28,88
GGZ-behandeling beveiligingsniveau 1	18,27	18,41	18,19	18,32
GGZ-behandeling beveiligingsniveau 2	35,75	48,64	47,82	56,12
GGZ-behandeling beveiligingsniveau 3	25	28,58	38,33	57,46
VG-begeleiding	0,63	1,5	3,16	4,22
VG-behandeling beveiligingsniveau 2	5,87	10	11,64	14,3
VG ambulante behandeling	0,77	0,97	0,74	1,16
FPC	330,67	334,95	330,67	331,46
Zorg aan gedetineerden in PPC's	34,33	85,26	85,28	88,7
Totaal	494,05	578,54	592,79	643,31

Bron: DForZo

De realisatie neemt in bijna alle segmenten toe. De groei is in de segmenten GGZ-begeleiding en VG-begeleiding het hoogst.

De groei in de verschillende segmenten wordt mede veroorzaakt door:
- Realisatie van de aanbesteding FZG (hogere beveiligingsniveaus)
- Realisatie van de aanbesteding JVZ (ambulante behandeling)
- Uitbreiding SGLVG+ capaciteit (VG behandeling beveiligingsniveau 2)
- Uitbreiding door groeimogelijkheden via inkoopafspraken (met name ambulant)

In onderstaande tabel staat de omzetontwikkeling in DBBC-, ZZP- en extramurale (AWBZ) zorgparameter afspraken weergegeven. Voorzichtigheid met interpretatie van de cijfers is geboden omdat de DBBC-systematiek nog in ontwikkeling is. De kapitaallasten zijn geen onderdeel van de DBBC, ZZP en EZP afspraken in tegenstelling tot de budgetafspraken waar kapitaallasten wel opgenomen zijn.

Tabel 7.2. Afspraken DBBC's, extramurale (AWBZ) zorgparameters en ZZP's (miljoen euro's)[33]

	2011	2012*
DBBC's		
FZG-contract	26,78	27,31
JVZ-contract	6,38	6,96
Regulier contract	157,93	169,95
TBS-contract	281,75	266,63
Totaal DBBC's	472,84	470,85
ZZP	16,58	26
Extramurale (AWBZ) Zorg Parameter	7,98	12,28

* Het gaat om voorlopige cijfers bij de DBBC's
Bron: DForZo

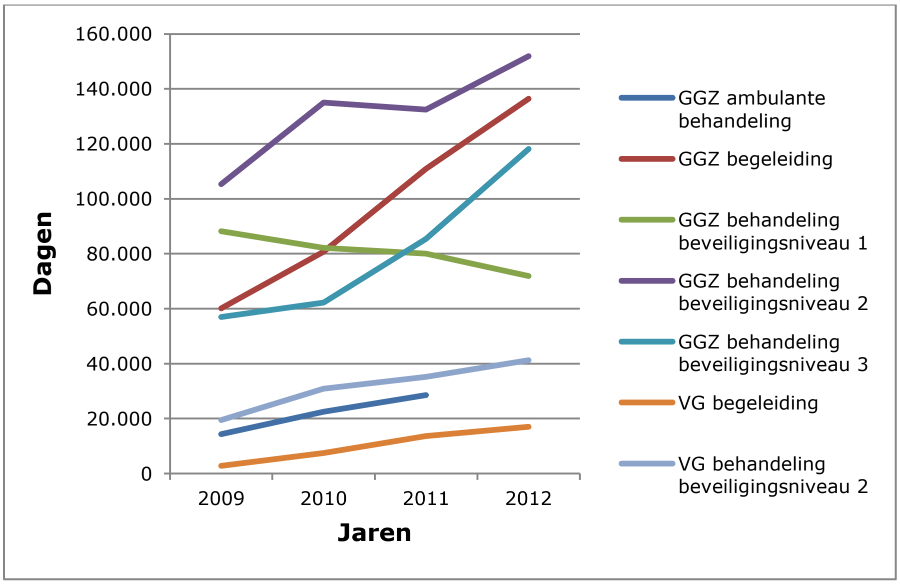
De DBBC-afspraken laten een lichte daling zien. Dit kan nog veranderen door herschikkingen. De ZZP afspraken en afspraken in Extramurale (AWBZ) Zorg Parameters zijn toegenomen.

7.2 Volumeontwikkeling

Figuur 7.1 geeft het gerealiseerde volume in dagen weer per segment. Het aantal gerealiseerde dagen was voor de segmenten FPC en zorg aan gedetineerden in PPC's niet beschikbaar.

In onderstaande figuur is te zien dat in alle segmenten een stijgende trend zichtbaar is in het aantal dagen behalve het segment GGZ behandeling beveiligingsniveau 1.

Figuur 7.1. Gerealiseerde dagen per segment 2009-2012*



* Gegevens over 2011 en 2012 zijn voorlopig
Bron: DForZo

[33] De gebruikte gegevens zijn ten opzichte van 2012 geactualiseerd.

Onderstaande tabel geeft het aantal geopende DBBC’s en de afgesproken ZZP’s in dagen en extramurale (AWBZ) zorgparameters in dagdelen en uren weer.

Tabel 7.3. Aantal afgesproken te openen DBBC's, ZZP’s en extramurale (AWBZ)zorgparameters[34]

	2011	2012
DBBC		
Verblijf	4.137	4.500
Ambulant	12.476	14.502
ZZP		
Dag	129.570	180.689
Extramurale (AWBZ) Zorg Parameter		
Dagdeel	1.853	6.453
Uur	223.844	303.187

Bron: DForZo

Uit tabel 7.3 blijkt dat de afspraken in DBBC’s, ZZP’s en extramurale (AWBZ) zorgparameters zijn toegenomen. In 2011 en 2012 zijn deze prestaties echter alleen als schaduwadministratie gebruikt. Daarom is voorzichtigheid met de interpretatie van de cijfers geboden.

7.3 Onder-/overproductie

In onderstaande tabel staat de overproductie in duizenden euro’s en in percentages per segment. Er is sprake van overproductie als de realisatie groter is dan de afspraak. Positieve getallen betekenen dus overproductie. Negatieve getallen in de tabel duiden op onderproductie.

De zorgaanbieders kunnen geen hoger budget ontvangen dan werkelijk in budgetparameters is gerealiseerd. Overproductie wordt in beginsel niet gehonoreerd en onderproductie wordt nagecalculeerd. Bij onderproductie wordt wel de vaste (bed)component betaald (tot het afgesproken volume) waarin de genormeerde kapitaalslasten, loon- en materieel kosten zitten.

[34] De gegevens over DBBC afspraken in 2012 zijn voorlopig.

Tabel 7.4. Onder en overproductie[35] (€x1000)

	2009		2010		2011		2012	
	€	%	€	%	€	%	€	%
GGZ ambulante behandeling	-546	-1,77	-2381	-6,52	-4407	-10,79	-3819	-8,21
GGZ-begeleiding	-3485	-21,74	-2836	-14,99	-1692	-7,61	-3646	-11,21
GGZ-behandeling beveiligingsniveau 1	-1084	-5,6	-2228	-10,8	-1292	-6,63	-217	-1,17
GGZ-behandeling beveiligingsniveau 2	-3885	-9,8	-1499	-2,99	-7311	-13,26	-8735	-13,47
GGZ-behandeling beveiligingsniveau 3	-743	-2,89	-435	-1,5	-617	-1,58	6357	12,44
VG-begeleiding	-160	-20,33	-129	-7,9	-948	-23,08	-1851	-30,51
VG-behandeling beveiligingsniveau 2	-404	-6,44	27	0,27	-2790	-19,34	-2974	-17,21
VG ambulante behandeling	34	4,64	-28	-2,8	-86	-10,45	-207	-15,14

Bron: DForZo

Op enkele uitzonderingen na is er sprake van onderproductie. Bij de inkoop wordt rekening gehouden met reserve capaciteit. Logischerwijs valt de werkelijke realisatie hierdoor in het algemeen lager uit.

7.4 Kosten per verpleegdag

In onderstaande tabel staan de gemiddelde kosten van een verpleegdag weergegeven per beveiligingsniveau. Voor de berekening is het totaal bedrag van realisatie van het segment gedeeld door het aantal gerealiseerde dagen.

Tabel 7.5. Kosten per verpleegdag per segment incl. behandeling

	2009	2010	2011*	2012*
Overige FZ				
GGZ-behandeling beveiligingsniveau 1	207	224	227	254
GGZ-behandeling beveiligingsniveau 2	326	337	345	354
GGZ-behandeling beveiligingsniveau 3	439	459	447	483
VG-behandeling beveiligingsniveau 2	301	324	331	347

* Voorlopige gegevens

Bron: DForZo

De gemiddelde kosten (excl. aanbesteding) per verpleegdag zijn door de jaren heen gestegen in alle beveiligingsniveaus. Op hogere beveiligingsniveaus zijn de kosten hoger. De jaarlijkse groei van kosten per verpleegdag zijn in de onderstaande tabel weergegeven.

[35] Gegevens over 2011 en 2012 zijn voorlopig. In deze tabel is geen rekening gehouden met de onderproductieregeling bij aanbesteding FZG.

Tabel 7.6. Jaarlijkse groei kosten per verpleegdag per segment incl. behandeling

	2010	2011*	2012*
Overige FZ			
GGZ-behandeling beveiligingsniveau 1	8,2%	1,3%	11,9%
GGZ-behandeling beveiligingsniveau 2	3,4%	2,4%	2,6%
GGZ-behandeling beveiligingsniveau 3	4,6%	-2,6%	8,1%
VG-behandeling beveiligingsniveau 2	7,6%	2,2%	4,8%

* Voorlopige gegevens

Bron: DForZo

Bijlage 1. Straftitels Forensische Zorg

	Omschrijving en artikelnummer
1.	Strafrechtelijk machtiging (art. 37 jo 39 WvSr)
2.	TBS met dwangverpleging (art. 37a jo 37b WvSr)
3.	Tijdelijke plaatsing psychiatrisch ziekenhuis (art. 13 Bvt)
4.	Overplaatsing naar een psychiatrisch ziekenhuis (art. 14 Bvt)
5.	TBS met proefverlof (art. 51 Bvt)
6.	Plaatsing vanwege pro-justitia rapportage (art. 196/ 317 WvSv)
7.	Voorwaardelijke beëindiging van de verpleging van overheidswege (art. 38 g WvSr)
8.	TBS met voorwaarden (art. 38a WvSr)
9.	Voorwaardelijke veroordeling (art. 14a WvSr)
10.	Plaatsing in een instelling voor stelselmatige daders met voorwaarden (art. 38p WvSr)
11.	Schorsing voorlopige hechtenis met voorwaarden (art. 80 WvSv)
12.	Sepot met voorwaarden (art. 167/ 244 WvSv)
13.	Strafbeschikking met aanwijzing (art. 257a WvSv)
14.	Voorwaardelijke invrijheidstelling met bijzondere voorwaarden (art 15a WvSr)
15.	Voorwaardelijke gratieverlening (art. 13 Gratiewet jo. 558 WvSv)
16.	Overbrenging vanuit Gevangeniswezen naar psychiatrisch ziekenhuis (art. 15 Pbw)
17.	Overbrenging vanuit Gevangeniswezen voor hulpverlening (art. 43 Pbw)
18.	Plaatsing in een instelling voor stelselmatige daders (art. 38p WvSr) (art. 38m WvSr jo art. 44b-44q Pm)
19.	Penitentiair programma met zorg (art. 5 Pm)
20.	Interne overplaatsing naar penitentiair psychiatrisch centrum in het gevangeniswezen (art. 15 Pbw)
21.	Poliklinische verrichtingen door de GGZ in het gevangeniswezen (art. 42 Pbw)
22.	Overplaatsing vanuit Gevangeniswezen naar justitiële TBS-zorgaanbieder (art.13, eerste lid, jo. art. 19 WvSr)

Bijlage 2. Bronnen & methoden

In deze bijlage wordt de belangrijkste gegevensbron beschreven. Vervolgens wordt bij enkele analyses een extra toelichting gegeven op de gebruikte methoden.

Met DForZo is gedurende de totstandkoming van de marktscan veelvuldig contact geweest over de gegevens en analyses. Er zijn door DForZo steekproeven uitgevoerd op de gepresenteerde cijfers in de tabellen en grafieken. Er is getracht zoveel mogelijk aansluiting te krijgen op de cijfers van Forensische Zorg in getal. Door de gehanteerde segmentering kan er verschil zitten in de presentatie van de cijfers.

Algemeen

Kwantitatieve data
- Bron: DForZo.
- Gebruikte data: inkoop- en productiegegevens.
- Specificatie gegevens:
  - DforZo beschikt als inkoper over inkoopgegevens en productie, zowel in budgetparameters (alle jaren) als in DBBC's, ZZP's en Extramurale (AWBZ) zorgparameters (vanaf 2011). Van deze gegevens is in de hoofdstukken structuur, gedrag en betaalbaarheid gebruik gemaakt.
  - Budgetsystematiek.
  - afspraken, nacalculatie en realisatie op parameterniveau bekend .
  - nacalculatiegegevens voor 2012 zijn nog niet beschikbaar.
  - prijs- en loonbijstellingen zijn in deze gegevens niet meegenomen.
  - registratie van aanbestedingen is onvolledig.
  - ZZP's en Extramurale (AWBZ) zorgparameters.
  - afspraken, nacalculatie en realisatie op parameterniveau bekend.
  - nacalculatiegegevens voor 2012 zijn nog niet beschikbaar.
  - DBBC's: De DBBC-afspraken betreffen de jaren 2011 en 2012. De facturatie van DBBC's is niet gebruikt in de analyses wegens onvolledigheid.
  - Van de FPC's zijn alleen gerealiseerde budgetten bekend uit de subsidievaststellingsbrieven. Deze bedragen zijn exclusief DJI brede overhead.
  - Gegevens over het Gevangeniswezen zijn uit de begroting overgenomen. Dit zijn de gerealiseerde kosten exclusief DJI brede overhead. Bedrag en aantal voor 2009 betreffen alleen het naar DForZo overgehevelde gedeelte.
  - De gegevens over alle jaren zijn geactualiseerd in vergelijking tot de marktscan forensische zorg met strafrechtelijke titel 2012 wat tot kleine veranderingen in de resultaten heeft geleid. Gegevens over 2011 en 2012 zijn ook dit jaar in het algemeen voorlopige cijfers die in de komende jaren steeds geactualiseerd worden totdat ze definitief worden.
  - Declaratieovereenkomsten en eenmalige zorgtoeleidingen zijn niet meegenomen.

Omschrijving van de markt

Bronnen:
- DJI (2012). Handboek forensische zorg
- DJI, (2012). Uitvoeringsregels Forensische Zorg 2012
- DJI, (2013). Masterplan DJI 2013-2018
- www.forensischezorg.nl

Marktstructuur

Aantal zorgaanbieders
- Bron: DForZo.
- Gebruikte data: budgetafspraken en aanbestedingscontracten 2009 t/m 2012 van zorgaanbieders van overige forensische zorg, afrekeningen 2009 t/m 2012 van FPC's en naar DForZo overgehevelde begroting van Gevangeniswezen 2009 t/m 2012.
- Methode: het aantal zorgaanbieders per segment wordt bepaald door het aantal zorgaanbieders (unieke kostenplaatsen) met afspraken in respectievelijk budgetparameters, DBBC's, ZZP's en Extramurale (AWBZ) zorgparameters. Aantal FPC's is gelijk aan het zorgaanbieders met afrekening. Gevangeniswezen telt als één aanbieder in het segment Zorg aan gedetineerden in PPC's.
- Opmerkingen: Zorgaanbieders met alleen afspraken over kleed- en zakgeld en zorgaanbieders van pilot projecten zijn niet meegeteld.

Concentratiegraad
- Bron: DForZo.
- Gebruikte data: budgetafspraken 2009 t/m 2012 van zorgaanbieders van overige forensische zorg, afrekeningen 2009 t/m 2012 van FPC's en naar DForZo overgehevelde begroting van Gevangeniswezen 2009 t/m 2012.
- Methode: voor de C4 zijn marktaandelen van de vier aanbieder met de hoogste afspraken per segment opgeteld. Voor de HHI zijn alle marktaandelen per segment gekwadrateerd en opgeteld.
- Opmerkingen: alleen segmenten waar de markt landelijk is zijn weergegeven.

Omvang spelers
- Bron: DForZo.
- Gebruikte data: gerealiseerd budget 2009 t/m 2012 van zorgaanbieders van overige forensische zorg, afrekeningen 2009 t/m 2012 van FPC's en naar DForZo overgehevelde begroting van Gevangeniswezen 2009 t/m 2012.
- Methode: Op basis van het gerealiseerd budget is het aantal zorgaanbieders bepaalt dat in de klasse ligt.

Aantal toe- en uittreders
- Bron: DForZo.
- Gebruikte data: budgetafspraken 2009 t/m 2012 van zorgaanbieders van overige forensische zorg, afrekeningen 2009 t/m 2012 van FPC's en naar DForZo overgehevelde begroting van Gevangeniswezen 2009 t/m 2012.
- Methode: een aanbieder die in het voorafgaande jaar geen afspraken had in het gegeven segment is geteld als toetreder. Een uittreder is een zorgaanbieder die in het voorgaande jaar wel afspraken had in het gegeven segment.
- Opmerkingen: Zorgaanbieders met alleen afspraken over kleed- en zakgeld en zorgaanbieders van pilot projecten zijn niet meegeteld.

Financiële positie zorgaanbieders
- Bron: DigiMV.
- Gebruikte data: De volgende posten uit de (concern) balans worden gebruikt: Passiva totaal (balans totaal), bedrijfsresultaat, eigen vermogen, vlottende activa en kortlopende schulden.
- Methode: In het DigiMV wordt per concern aangegeven welke zorgtypen worden geproduceerd. Bij de analyse zijn alle concerns betrokken die in het DigiMV aangeven Forensische Zorg te leveren. De solvabiliteit is gedefinieerd als het eigen vermogen gedeeld door het balanstotaal. De liquiditeit is gedefinieerd als het totaal vlottende activa gedeeld door de kortlopende schulden.

Marktgedrag

Bronnen:
- Inkoopcontracten DForZo.
- DJI, Uitgangspunten Zorginkoop Forensische Zorg 2011 en 2012.
- Ministerie van Veiligheid en Justitie, Meerjarenovereenkomst Forensische zorg - 2013 tot en met 2017, april 2013.

Omzet per contractvorm (subsidie)
- Bron: DForZo.
- Gebruikte data:
  - overige forensische zorg: afgesproken budgetten van 2011 t/m 2012.
  - Subsidie en tender TBS: afrekeningen 2011 t/m 2012 van FPC's.
  - Subsidie en aanbesteding PPC: naar DForZo overgehevelde begroting van Gevangeniswezen 2011 t/m 2012 en afgesproken bedragen Aanbesteding PPC 2011 t/m 2012.
  - Declaratieovereenkomsten: gedeclareerde bedragen declaratieovereenkomsten 2011 t/m 2012.
- Methode overige forensische zorg: omzetten opgeteld per contractvorm.
- Opmerkingen: pilot projecten en eenmalige zorgtoeleidingen zijn niet meegenomen.

Kwaliteit

Bronnen:
- DJI, 2013. Masterplan DJI 2013-2018
- IGZ, IGZ handhavingskader, Richtlijn voor transparante handhaving, Den Haag 12 december 2008, pag. 16
- Ist, De tenuitvoerlegging van de TBS-maatregel, december 2009
- Ist, jaarbericht 2011, verschenen 3 april 2012
- DJI (2013).Forensische Zorg in getal 2008-2012
- WODC recidivemonitor
- www.kfz.nl
- www.data.zichtbarezorg.nl

Toegankelijkheid

Aantal bedden
- Bron: DForZo.
- Gebruikte data:
  - overige forensische zorg: afgesproken aantal dagen van 2009 t/m 2012.
  - FPC: aantal bedden exclusief reserve capaciteit.
  - Zorg aan gedetineerden in PPC's: productie in plaatsen.

- Methode overige forensische zorg: afgesproken aantal dagen voor budgetparameters gedeeld door het aantal dagen in het jaar (alleen berekend voor intramurale zorg).
- Opmerkingen: pilot projecten zijn niet meegenomen.

Toegankelijkheid van GGZ na FZ
- Bronnen:
  - Achtergrondstudie Trimbos Instituut in opdracht van Raad voor de Volksgezondheid & Zorg: "In profiel: de doelgroepen van GGZ en Justitie.", 2012.
  - Achtergrondstudie Significant in opdracht van Raad voor de Volksgezondheid & Zorg: "Het forensisch Zorgstelsel", 2012.
  - Adviesrapport Raad voor de Volksgezondheid & Zorg: "Stoornis & Delict", mei 2012.

Bezettingsgraad
- Bron: DForZo.
- Gebruikte data:
  - overige forensische zorg: nacalculatie aantal dagen 2009 t/m 2011, realisatie aantal dagen 2012, en afgesproken aantal dagen 2009 t/m 2012.
  - FPC: bezettingsgraad.
  - Zorg aan gedetineerden: bezettingsgraad.
- Methode overige forensische zorg: Gerealiseerd/nagecalculeerd aantal dagen gedeeld door afgesproken aantal dagen voor budgetparameters (alleen berekend voor intramurale zorg).
- Opmerkingen: pilot projecten zijn niet meegenomen.

Betaalbaarheid

Realisatie budget 2009-2012
- Bron: DForZo.
- Gebruikte data: nacalculatie bedragen 2009 t/m 2011 en realisatiebedrag 2012 van zorgaanbieder van overige forensische zorg, afrekeningen 2009 t/m 2012 van FPC's en naar DForZo overgehevelde begroting van Gevangeniswezen 2009 t/m 2012.
- Methode: Nacalculatie-/ realisatiebedragen van aanbieder zijn per segment opgeteld.
- Opmerkingen: Zak- en kleedgeld en Pilot projecten zijn buiten beschouwing gelaten.

DBBC, ZZP en extramurale (AWBZ) zorgparameters afspraken
- Bron: DForZo.
- Gebruikte data: DBBC afspraken 2011 en 2012 van FPC's en overige forensische zorg zorgaanbieders en ZZP en Extramurale (AWBZ). zorgparameter afspraken van overige forensische zorg zorgaanbieders
- Methode: Afgesproken bedragen zijn per contract type opgeteld.

Volume ontwikkeling in budget parameters
- Bron: DForZo.
- Gebruikte data: nacalculatie aantallen 2009 t/m 2011 en realisatie aantallen 2012 van zorgaanbieder van overige forensische zorg; voor FPC's en Gevangeniswezen zijn geen inkoopaantallen en –eenheden beschikbaar.
- Methode: Nacalculatie-/ realisatie aantallen van aanbieder zijn per segment opgeteld.
- Opmerkingen: Zak- en kleedgeld en Pilot projecten zijn buiten beschouwing gelaten.

Volume ontwikkeling in DBBC's, Extramurale (AWBZ) zorgparameters en ZZP's

- Bron: DForZo.
- Gebruikte data: afspraken in DBBC's, Extramurale (AWBZ) zorgparameters en ZZP's.
- Methode: aantal afgesproken DBBC's geteld en onderscheiden naar met of zonder verblijf. Aantal afgesproken aantallen in ZZP-afspraken en in extramurale (AWBZ) zorgparameters afspraken opgeteld per soort eenheid.

Onder- en overproductie

- Bron: DForZo.
- Gebruikte data: nacalculatie bedragen 2009 t/m 2011 en realisatiebedrag 2012 en afgesproken budgetten van aanbieder van overige forensische zorg.
- Methode: Verschil van realisatie (nacalculatie) en afspraak op segment niveau.
- Opmerking: Zak- en kleedgeld en Pilot projecten zijn buiten beschouwing gelaten.

Kosten per verpleegdag

- Bron: DForZo.
- Gebruikte data: nacalculatie bedragen en -aantallen 2009 t/m 2011 en realisatiebedrag en –aantal 2012 van zorgaanbieder van overige forensische zorg.
- Methode: Realisatiebedragen van zorgaanbieders zijn per segment opgeteld en gedeeld door de totaal gerealiseerde dagen (alleen berekend voor intramurale behandeling).
- Opmerkingen: Zak- en kleedgeld, Pilot projecten en aanbestedingen zijn buiten beschouwing gelaten.

Bijlage 3. Afkortingen

Afkortingen

Afkorting	Naam
3RO	3 Reclasseringsorganisaties: RN, LdH en SVG
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
DBBC	diagnose behandeling en beveiliging combinatie
DForZo	Directie Forensische Zorg
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen
EFP	Expertisecentrum Forensische Psychiatrie
FPA	Forensisch Psychiatrische Afdeling
FPC	Forensisch Psychiatrisch Centrum
FPK	Forensisch Psychiatrische Kliniek
FPP	Forensisch Psychiatrische Polikliniek
FVK	Forensische Verslavingskliniek
FZ	Forensische Zorg
IFZ	Indicatiestelling Forensische Zorg
IFZO	Informatievoorziening Forensische Zorg
NHC	Normatieve huisvestingscomponent
NIFP	Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie
PI	Penitentiaire instelling
PMO	Psychomedisch Overleg
PPC	Penitentiair Psychiatrisch Centrum
RIBW	Regionale zorgaanbieder voor Beschermd Wonen
RN	Reclassering Nederland
SGLVG	Sterk Gedragsgestoorde Licht Verstandelijk Gehandicapte
SVG	Stichting Verslavingsreclassering GGZ
TBS	Terbeschikkingstelling
VenJ	Ministerie van Veiligheid en Justitie
WODC	Wetenschappelijk Onderzoek en Documentatiecentrum
WvGGZ	Wet verplichte Geestelijke Gezondheidszorg
Zvw	Zorgverzekeringswet
ZZP	Zorgzwaartepakket

Bijlage 4. Begrippenlijst

Zorg

Ambulante zorg

Er is geen sprake van verblijf. Op de afgesproken tijdstippen komen de cliënten naar de hulpverlener toe of de hulpverleners bezoeken cliënten in hun omgeving voor de behandeling, begeleiding of ondersteuning.

Begeleiding

ALGEMEEN: Activiteiten die zijn gericht op bevordering, behoud of compensatie van de zelfredzaamheid en strekken tot voorkoming van opname in een zorgaanbieder of verwaarlozing.[36]
FZ: Begeleiding is gericht op justitiabelen met een psychiatrische aandoening of beperking, of een verstandelijke handicap die beperkingen hebben in sociale redzaamheid, psychisch functioneren, geheugen en oriëntatie of zwaar probleemgedrag vertonen.[37]

Behandeling

ALGEMEEN: Een specifiek medische, gedragswetenschappelijke of paramedische handeling die is gericht op herstel of voorkoming van verergering van een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of van een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap.[38]
GGZ: Interventies die de verbetering van de toestand van de cliënt dienen.[39]
FZ: Alle interventies die systematisch en methodisch leiden tot de vermindering van recidivegevaar. [40]

Beschermd wonen

Een vorm van kleinschalig wonen waarbij de bewoners op verschillende niveaus begeleiding en ondersteuning ontvangen.

Beveiligingsniveau

Het niveau aan beveiliging dat is georganiseerd tijdens het verblijf van de betreffende cliënt. Hierbij gaat het over de organisatorische, personeelsmatige, bouwkundige en elektronische beveiliging. Er zijn vier beveiligingsniveaus: (zeer) laag, gemiddeld, hoog en zeer hoog.

Capaciteit

Onder capaciteit wordt het gemiddelde feitelijke aantal aanwezige plaatsen verstaan, dat bestemd is voor detentie en bewaring, opvang en/of behandeling van justitiabelen, inclusief tijdelijk niet bruikbare capaciteit, reservecapaciteit en in stand te houden capaciteit. Tijdelijk

---

[36] Besluit zorgaanspraken AWBZ.
[37] 'Uitvoeringsregel Prestaties Zorgzwaartepakketten en ambulante begeleiding Forensische Zorg'.
[38] Besluit zorgaanspraken AWBZ.
[39] EFP, 'Langdurige forensisch psychiatrische zorg' (http://zp.efp.nl/ZPLFZ/).
[40] EFP, 'Langdurige forensisch psychiatrische zorg' (http://zp.efp.nl/ZPLFZ/).

niet bruikbare capaciteit betreft capaciteit welke tijdelijk niet bruikbaar is door bijvoorbeeld een verbouwing. Reservecapaciteit is capaciteit die binnen vier maanden inzetbaar is om (tijdelijk) extra aanbod van in te sluiten justitiabelen op te vangen. In stand te houden capaciteit is capaciteit die buiten gebruik is gesteld maar nog niet is afgestoten.

Diagnose Behandel en Beveiliging Combinatie (DBBC)

Het geheel van activiteiten van zorgaanbieders voor behandeling en eventueel verblijf, voortvloeiend uit de strafrechtelijke titel welke een cliënt opgelegd krijgt. Hieronder valt ook de behandeling aan sterk gedragsgestoorde licht verstandelijke gehandicapten (SGLVG). Voorwaarde hiervoor is dat deze zorg met behandeling geïndiceerd is.

Forensische zorg in strafrechtelijk kader (FZ)

Geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en verstandelijk gehandicaptenzorg die onderdeel is van een (voorwaardelijke) straf of maatregel of de tenuitvoerlegging daarvan, dan wel een andere strafrechtelijke titel. De zorg behelst klinische zorg, ambulante zorg en/of beschermd wonen.

Forensische zorg zonder strafrechtelijk kader

Forensische zorg zonder strafrechtelijk kader is de forensische zorg die gegeven wordt voorafgaand aan een (mogelijke) veroordeling dan wel forensische zorg die wordt gecontinueerd nadat de strafrechtelijke titel is vervallen.

TBS-passanten

TBS-gestelden waarvan de TBS-termijn is begonnen en die in een penitentiaire instelling wachten op opname in een FPC.

Klinische zorg

Behandeling wordt geboden in een 24-uurs verblijfsetting in een kliniek.

Verblijfsintensiteit

De gemiddelde beschikbaarheid van een sociotherapeut per uur en per cliënt. De verblijfsintensiteit is in drie categorieën onderverdeeld: laag, gemiddeld en hoog.

Zorg aan gedetineerden in PPC’s

De zorg in PPC’s die is bedoeld voor gedetineerden die vanuit psychiatrische problematiek of verstandelijke beperking verminderd weerbaar zijn en niet op een reguliere afdeling kunnen worden geplaatst.

Zorg als voorwaarde

Zorg die wordt opgelegd als voorwaardelijke strafmaatregel zodat de veroordeelde geen gevangenisstraf hoeft te ondergaan. De zorg kan zowel klinische, ambulante als via beschermd wonen worden aangeboden door verschillende aanbieder voor GGZ (inclusief beschermde woonvormen), verslavingszorg en verstandelijk gehandicaptenzorg.

Zorgzwaarte / Zorgintensiteit

De intensiteit aan zorg die een persoon nodig heeft bij (langdurige) ziekte, handicap of ouderdom.[41]

Zorgzwaartepakket (ZZP)

Een volledig pakket van zorg met verblijf en begeleiding dat bestaat uit een beschrijving van het type cliënt, het aantal uren zorg dat bij dit cliëntprofiel beschikbaar wordt gesteld en een beschrijving van die zorg. Daarnaast omvat een ZZP zorg die is gericht op verstandelijk beperkten, met uitzondering van de zorg die is gericht op de behandeling van een gedragsstoornis, verslaving of psychiatrische problematiek. In ZZP's zit, in tegenstelling tot DBBC's, juist geen behandelcomponent. Voor de ZZP's FZ worden de prestaties uit de AWBZ gehanteerd.

Aanbieder

Forensisch Psychiatrische Afdeling (FPA)/Forensische Verslavingsafdeling

cliëntcliënt
Het grootste deel van de populatie in een FPA wordt behandeld voor een psychotische stoornis, al dan niet in combinatie met middelenmisbruik. De behandelduur varieert, van drie maanden tot enkele jaren. FPA's zijn opgezet om te fungeren als voorziening tussen de hoger beveiligde zorgaanbieders en de reguliere zorg. Doel is het behandelen van de (gedrags-) problematiek en het verminderen van het recidiverisico. In een FVA wordt zorg geboden aan langdurig verslaafden die (veelvuldig) in contact zijn gekomen met Justitie. Naast de problematiek omtrent de verslaving kan er ook sprake zijn van een psychiatrische stoornis. FPA's en FVA's zijn minder beveiligd dan FPK's en FVK's en zijn vaak onderdeel van een reguliere GGZ instelling.

Forensisch Psychiatrisch Centrum (FPC)

Een FPC (TBS-kliniek) behandelt cliënten waaraan een maatregel van TBS met dwangverpleging is opgelegd door de rechter. De behandeling richt zich op alle aanwezige misdaad bevorderende factoren; de behandeling van psychische stoornissen en problemen op verschillende levensgebieden (wonen, werk, relaties). Een FPC verpleegt en/of behandelt uitsluitend TBS-cliënten binnen een zeer streng beveiligd kader (zeer hoog beveiligingsniveau) en/of waarbij sprake is van een hoog beveiligingsniveau. Ook de behandeling is zeer intensief. Het uiteindelijke doel van de behandeling is dat het recidiverisico naar een aanvaardbaar niveau wordt teruggebracht.

Forensisch Psychiatrische Kliniek (FPK)/Forensische Verslavingskliniek

Een FPK of FVK is een gespecialiseerde voorziening in de geestelijke gezondheidszorg. Over het algemeen is er sprake van een hoog beveiligingsniveau. In een FPK worden cliënten behandeld met ernstige psychiatrische gedragsproblemen en/of een persoonlijkheidsstoornis. Binnen een FVK wordt zorg geboden aan langdurig verslaafden die (veelvuldig) in contact zijn gekomen met justitie.

Naast de problematiek omtrent de verslaving kan er ook sprake zijn van een psychiatrische stoornis. In tegenstelling tot behandeling in een FPC

[41] www.kiesbeter.nl.

is de duur van de opgelegde straf/maatregel leidend en niet perse of iemand veilig kan terugkeren naar de maatschappij.
cliëntcliënt

Forensisch Psychiatrische Polikliniek (FPP)

Een polikliniek die vaak onderdeel uitmaakt van een reguliere GGZ instelling of forensisch psychiatrische zorgaanbieder en waar een ambulante behandeling wordt geboden aan mensen met een psychiatrische aandoening en/of persoonlijkheidsproblematiek, die in aanraking zijn gekomen of dreigen te komen met justitie. Aangezien de behandeling ambulant wordt gegeven is er geen beveiliging.

Instellingen voor Sterk Gedragsgestoorde en Licht Verstandelijk Gehandicapte justitiabelen(SGLVG/SGLVG+)

De populatie in een SGLVG of SGLVG+ instelling heeft een dubbele diagnose, zowel een licht verstandelijke beperking alsook ernstige gedragsproblemen. De behandeling richt zich dan ook op meerdere facetten; enerzijds het bieden van woon- en werkvoorzieningen aangepast op de doelgroep, anderzijds het behandelen van de psychiatrische stoornis of gedragsstoornis zodat klachten verminderen.
cliënt

Regionale zorgaanbieder voor Begeleid Wonen (RIBW)

In een RIBW worden diverse vormen van wonen en begeleiding geboden aan mensen met psychische of psychosociale problemen, al dan niet met een strafrechtelijke titel. RIBW's bieden ondersteuning door het stimuleren van persoonlijke ontwikkeling, bijvoorbeeld door het helpen bij het vinden van werk/dagbesteding en het opbouwen van een adequaat sociaal netwerk. Op deze manier wordt niet alleen de justitiabele geholpen, maar worden ook dreigende problemen en overlast voor de maatschappij voorkomen. De geboden ondersteuning kan kort- of langdurend zijn. Het beveiligingsniveau binnen deze instellingen is laag.

Penitentiair Psychiatrisch Centrum (PPC)

Binnen een PPC wordt klinische psychiatrische zorg aan gedetineerden geboden die om diverse redenen niet binnen de reguliere GGZ behandeld kunnen worden, bijvoorbeeld omdat er sprake is van een groot vluchtgevaar. De gedetineerden worden binnen de PPC's psychiatrisch begeleid, behandeld en gestabiliseerd. Vanuit het PPC wordt bekeken of de cliënt in het kader van een zorgtraject uiteindelijk kan worden doorgeplaatst naar bijvoorbeeld een FPK of een FPA. Het PPC is gehuisvest binnen een penitentiaire instelling (PI) en het beveiligingsniveau is daarom zeer hoog.

Organisaties niet zijnde aanbieder

3 Reclasseringsorganisaties (3RO)

Verzameling van drie reclasseringsorganisaties (RN, SVG en LdH) welke indiceert voor alle ambulante zorg en beschermd wonen in voorwaardelijke trajecten, met uitzondering van beschermd wonen na klinisch verblijf.

Dienst Justitiële Inrichtingen(DJI)

Een uitvoeringsorganisatie van het ministerie VenJ. DJI zorgt voor de tenuitvoerlegging van straffen en vrijheidsbenemende maatregelen, die na uitspraak van de rechter zijn opgelegd.

Directie Forensische Zorg (DForZo)

Een directie van DJI die zich bezighoudt met het plaatsen van justitiabelen en de inkoop, financiering en kwaliteit van forensische zorg in een strafrechtelijk kader.[42]

Indicatiestelling Forensische Zorg (IFZ)

Indicatieorgaan dat als onderdeel van het NIFP verantwoordelijk is voor de indicatiestelling voor alle klinische zorg, inclusief alle klinische verslavingszorg buiten het gevangeniswezen en voor beschermd wonen na klinisch verblijf.[43]

Leger des Heils Jeugdzorg en Reclassering (LdH JZ&R)

Reclasseringsorganisatie die vooral hulp verleent aan dak- en thuislozen. Het betreft ongeveer 10 % van alle reclasseringscliënten.[44]

Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP)

Kennisinstituut voor forensische psychiatrie en psychologie dat als landelijke dienst van het Ministerie van Justitie en valt onder de Dienst Justitiële Inrichtingen(DJI). De belangrijkste werkzaamheden van het NIFP zijn advisering, bemiddeling, toetsing, observatie en opleiding.[45]

Psychomedisch Overleg (PMO)

Indicatieorgaan voor alle klinische en ambulante zorg binnen het gevangeniswezen.

Reclassering Nederland (RN)

Reclasseringsorganisatie die zich richt op alle reclasseringscliënten, behalve verslaafden en dak- en thuislozen.[46]

Reclasseringsorganisatie

Organisatie die hulp verleent aan daders en verdachten van misdrijven ter voorkoming en vermindering van crimineel gedrag en het terugdringen van recidive.[47]

---

42 www.forensischezorg.nl.
43 www.forensischezorg.nl.
44 www.forensischezorg.nl.
45 www.forensischezorg.nl.
46 www.forensischezorg.nl.
47 www.reclassering.nl.

Stichting Verslavingsreclassering GGZ (SVG)

Reclasseringsorganisatie die is gericht op cliënten waarbij sprake is van problematisch gedrag in relatie tot de verslaving en waarbij er een relatie is tussen delict en verslaving. Dit geldt voor ongeveer 30% van alle reclasseringscliënten.[48]

Overig

Informatievoorziening Forensische Zorg (IFZO)

Informatiesysteem voor indicerende organisaties en gecontracteerde aanbieder dat het totale proces van forensische zorg ondersteunt, van het invoeren van een indicatiestelling tot en met plaatsing bij een gecontracteerde zorgzorgaanbieder die beschikt over een passend zorgaanbod.

Justitiabele

Een persoon die aan de rechtspraak is onderworpen, zoals een gedaagde, een verdachte of een veroordeelde.

Marktscan

De stand van zaken op een bepaalde zorgmarkt die kan worden vergeleken met de stand van zaken op andere zorgmarkten.

Monopsonie

Een markt met slechts één koper (zorginkoper) en meerdere verkopers (aanbieder).

[48] www.forensischezorg.nl.

De Staatssecretaris van
Veiligheid en Justitie
De heer mr. F. Teeven
Postbus 20301
2500 EH DEN HAAG

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht

Postbus 3017
3502 GA Utrecht

T 030 296 81 11
F 030 296 82 96
E info@nza.nl
I www.nza.nl

Behandeld door	**Telefoonnummer**	**E-mailadres**	**Kenmerk**
H. Lieverdink			0055730/74881

Onderwerp	**Datum**
Marktscan forensische zorg	1 oktober 2013

Mijnheer de Staatssecretaris,

Voor u ligt de tweede marktscan forensische zorg in strafrechtelijk kader (verder: FZ) In deze marktscan geeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een beschrijving van de forensische zorgmarkt, de marktstructuur en het marktgedrag. Ook gaan wij in op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de FZ. Deze marktscan is de tweede over de FZ en bestrijkt grotendeels dezelfde periode als de eerste marktscan, te weten de jaren 2009-2012.

In deze beleidsbrief beschrijven we de beleidsmatige acties naar aanleiding van de kernbevindingen in deze marktscan. Wij vragen met name uw aandacht voor de volgende elementen van deze beleidsbrief. Ten eerste de noodzaak om de data en dataverwerking te verbeteren. Ten tweede de overgang naar prestatiebekostiging. In de paragrafen daarna ga ik vervolgens nader in op de marktscan en beleidsmatige acties.

Ten eerste de noodzaak om de beschikbaarheid van data te verbeteren. Bij het opstellen van de marktscan is geïnvesteerd in de verbetering van de data en de dataverwerking. Dit heeft geresulteerd in meer gespecificeerde informatie over vooral de omzetontwikkeling per segment in de FZ. Hierdoor kunnen we meer precieze conclusies trekken over de omzetontwikkeling. Echter, nog steeds is belangrijke informatie niet beschikbaar. De DBBC- en ZZP-registratie is nog niet goed genoeg. Dit heeft als gevolg dat we verschillende analyses niet kunnen doen. We zijn bijvoorbeeld nu nog niet in staat om de omzetontwikkeling goed te begrijpen, omdat we het aantal cliënten niet kennen. Wij gaan dit voor de volgende marktscan als volgt verbeteren. Ten eerste loopt de FZ mee in de aanpak van de minimale dataset (MDS) bij de directie Cure van de NZa. Voor verschillende sectoren, waaronder de FZ, inventariseren we maatregelen om de aanlevering van de MDS te verbeteren, waaronder ook positieve prikkels voor zorgaanbieders. Ten tweede komen in 2014 data vrij in het kader van de uitvoering van het transitiemodel. De NZa wil deze data gaan gebruiken voor verdiepende analyses die leiden tot meer inzicht in de omzetontwikkeling van de FZ.

Ten tweede de overgang naar prestatiebekostiging. De FZ kent een overgangsfase naar bekostiging op basis van DBBC's en ZZP's. In de bestaande vangnetconstructie is het nog mogelijk om de beschikbaarheid van het aanbod te bekostigen. Oog voor de beschikbaarheid van het aanbod is inherent aan de sturing van de FZ (zie vooral de bevindingen in de marktscan bij TBS) maar verdraagt zich slecht met een systeem van productieafhankelijke bekostiging waar de sector naar op weg is. Wij vragen uw aandacht voor de noodzaak om bij de zorginkoop gedurende de rest van de overgangsfase de productieafspraken beter mee te laten bewegen met de afrekening in DBBC's en ZZP's. Ook wijzen wij u op de mogelijkheid om, als u dat beleidsmatig wenselijk acht, de beschikbaarheid van FZ mee te nemen in de regulering van de bekostiging van de FZ.

Betaalbaarheid

Omzetontwikkeling en volumegroei
De totale omzet in de FZ stijgt fors vanaf 2009 (ongeveer 30%). Deze stijging vindt vooral plaats bij de overige FZ (dat wil zeggen alle FZ behalve die voor TBS-gestelden en voor gedetineerden) en de zorg aan gedetineerden. De omzet van de Forensische Psychiatrische Centra (FPC's, de instellingen waar TBS-zorg wordt verleend) blijft ongeveer gelijk. In de marktscan staat aangegeven dat de omzetstijging vooral een gevolg was van uitbreiding van de klinische capaciteit (af te lezen aan de groei van het aantal ingekochte bedden), door de realisatie van de aanbesteding en het verstrekken van toelatingen. Ook zijn inkoopafspraken verhoogd. Zoals hiervoor al uitgelegd ontbreekt het ons aan verdere informatie om de omzetstijging nader te kunnen duiden aan de hand van de ontwikkeling van het aantal cliënten.

In de overige FZ is over de hele linie een stijgende trend zichtbaar qua volume, met uitzondering van GGZ-behandeling en verblijf op het laagste beveiligingsniveau. Het is niet te verwachten dat deze volumegroei doorzet. De overheid heeft besloten tot bezuinigingen en heeft daarom in het Masterplan DJI 2013-2018 vastgelegd dat de capaciteit moet worden verkleind en dat de tarieven voor de particuliere zorgaanbieders op een lager niveau moeten worden afgesproken. Wij zullen de invloed hiervan op de omzetontwikkeling in kaart brengen in volgende marktscans.

Zorginkoop
DForzo koopt zorg in gericht op recidivevermindering, herstel van de cliënten en betere aansluiting van de FZ en de GGZ. Bij de zorginkoop vallen de volgende aspecten op. In de eerste plaats is er sprake van aanzienlijke en structurele onderproductie[1] in de overige FZ. Ten tweede blijft de bekostiging van FPC's op peil terwijl het aantal TBS-opleggingen de laatste jaren afneemt. Ten derde zien we dat de inkoop in de overige FZ sterker stijgt dan het realisatie. Voor enkele deelsegmenten van de overige FZ stijgt het aantal ingekochte bedden in de afgelopen jaren terwijl het bezettingspercentage daalt. De zorgmarkt FZ lijkt met andere woorden nog meer aanbodgestuurd dan vraaggestuurd.

---

[1] Productieafspraak is groter dan realisatie.

Dit is op zich niet verrassend, omdat de beschikbaarheid van forensische zorg beleidsmatig van groot belang is. Het Masterplan DJI 2013-2018 brengt hier mogelijk verandering in.

Vanwege de aanstaande prestatiebekostiging is het echter wel van belang dat ook de bekostiging van beschikbaarheid meer meebeweegt met de te verwachten inkomsten op basis van daadwerkelijke productie. Het is belangrijk dat men hierbij bij de zorginkoop rekening gaat houden.

Invoering prestatiebekostiging
Met de invoering van prestatiebekostiging wordt de bekostiging van de FZ productieafhankelijk. Voor de FZ geldt nu nog een transitiefase. Aanbieders van forensische zorg gaan in de toekomst (steeds) meer risico lopen over hun zorgproductie. Zorgaanbieders, maar ook zorginkoper, moeten toe naar een model waarin de daadwerkelijk geleverde productie basis is voor de bekostiging en waarbij er geen vangnet meer is. In de volgende scan herhalen wij de metingen om te kunnen vaststellen of de sector toegroeit naar prestatiebekostiging.

In de ontwikkeling naar prestatiebekostiging spelen de Penitentiair Psychiatrische Centra (PPC’s) een opmerkelijke rol. PPC’s worden bekostigd op basis van zogeheten normtarieven, zoals deze gebruikelijk zijn in het gevangeniswezen. Het ontbreekt ons aan inzicht in deze tarieven. De PPC’s gaan in tegenstelling tot de andere FZ-aanbieders per 2013 niet gefaseerd over op DBBC-bekostiging, terwijl dit wel in de beleidsregels van de NZa is opgenomen. De NZa treedt daar nu niet handhavend tegen op, aangezien wij daartoe nog niet bevoegd zijn. Dit verandert zodra de nieuwe Wet forensische zorg in werking is getreden. Wij gaan graag met u in overleg om voor die tijd duidelijkheid te krijgen over de vraag of de uitzonderingspositie van de PPC’s moet worden opgeheven, dan wel geformaliseerd.

Kwaliteit

De bevordering van de transparantie over de kwaliteit en de uitkomsten van de FZ zijn geïntensiveerd vanaf 2013. Het effect van het programma Zichtbare Zorg van het ministerie van VWS, lopend t/m 2012, is beperkt gebleven, afgemeten aan het aantal aanleverende zorgaanbieders. Het in 2011, met innovatiesubsidie van DForZo, gestarte programma Kwaliteit Forensische Zorg KFZ) en de regie van DForZo vanaf 2013 over de verdere doorontwikkeling van prestatie indicatoren FZ moeten meer resultaat opleveren. Informatie over de kwaliteit van FZ, zowel sectoraal als op zorgaanbiederniveau, moet de zorginkoop faciliteren. In vergelijking met de reguliere GGZ valt de nadruk op uitkomstmaten (recidive, drop out) op. De sector maakt nog geen gebruik van de innovatiemogelijkheden van de NZa. Wij zullen onderzoeken wat de mogelijkheden zijn en de sector hierop wijzen.

Toegankelijkheid

Concentratie en toetreding
Voor het segment GGZ-behandeling beveiligingsniveau 3 (overige FZ) is geen sprake meer van een sterk geconcentreerde markt. De concentratiegraad is afgenomen van 86% in 2009 naar 70% in 2012. Het aantal zorgaanbieders is gestegen van 79 in 2009 naar 115 in 2012. De grootste stijging vindt plaats in de segmenten GGZ-begeleiding en zorg aan gedetineerden in PPC's (tijdelijke aanbestedingscontracten). In andere segmenten is het aantal aanbieders vrijwel stabiel gebleven of licht gedaald.

In de vorige beleidsbrief hebben we al geconstateerd dat een substantieel negatief prijseffect als gevolg van sterke concentratie vanwege de tariefregulering niet voor de hand ligt. Van belang is dat het Masterplan DJI 2013-2018 spreekt van afbouw en verlaging van de capaciteit. De verwachting is dat de mogelijkheden voor toetreding verminderen. Wij zullen dan ook de concentratie in de FZ en gevolgen daarvan blijven monitoren.

Continuïteit van zorg
Beleidsmatig is verder van belang dat de FZ slechts een onderdeel is van een keten van geestelijke gezondheidszorg. De zorginkoper stimuleert ketensamenwerking. Ketensamenwerking is bijvoorbeeld een criterium op basis waarvan het startbudget 'terugverdiend' kan worden. De continuïteit van zorg voor mensen die de FZ verlaten maar nog wel zorg nodig hebben is een belangrijk aandachtspunt. In de kamerbrief Beleidsreactie RVZ-rapport 'Stoornis en Delict' (2012) staat aangegeven dat wij het verzoek zullen krijgen de overheveling van middelen van de FZ naar de zorg die gefinancierd wordt in het kader van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en vice versa mogelijk te maken. Dit met het oog om in de Zvw ruimte te scheppen voor mensen die niet langer FZ nodig hebben. Wij overleggen met de beide ministeries over hoe dergelijke overhevelingen kunnen plaatsvinden en leggen dit dan zo mogelijk op in de beleidsregels.

Tot slot

De forensische zorg krijgt de komende jaren te maken met grote veranderingen: de implementatie van het Masterplan DJI 2013-2018, de invoering Wet FZ en Wet Verplichte GGZ. De bekostiging gaat fors veranderen door de afbouw van het bekostigingsvangnet en de invoering van de normatieve huisvestingscomponent voor de bekostiging van de kapitaallasten. Ook kan de sector de continuïteit van zorg verbeteren door een verbeterde aansluiting met de verplichte GGZ te bewerkstelligen (zie de in deze brief genoemde overhevelings–mogelijkheden). In deze context is het van belang vast te stellen op welke manier de productstructuur voor de FZ het beste kan aansluiten op de productstructuur van de geneeskundige GGZ. Dit ook in het licht van het robuuster maken van de productstructuur dat wij prioriteren in onze Doorontwikkelagenda voor de GGZ en FZ.

Een ander thema vormen de veranderingen in de bekostiging van de langdurige GGZ en de effecten daarvan op de bekostiging van de FZ. Wij zullen de komende jaren de markt voor forensische zorg dan ook verder monitoren waarbij bovengenoemde thema's centraal zullen staan.

Hoogachtend,
Nederlandse Zorgautoriteit,

mr. drs. T.W. Langejan
voorzitter Raad van Bestuur

Kopie aan
Ministerie van VWS, mevrouw drs. E.I. Schippers, minister

Bijlagen
1